

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Enfermería

Segunda Especialidad en Centro Quirúrgico



RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN EL EQUIPO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL POLICIAL DE AREQUIPA, 2022

Tesis presentada por la Licenciada:

Tapia Guillén, Johana Stephanie.

para optar el Título de Segunda especialidad: en
Centro Quirúrgico.

Asesora: Mg. Villena de Tamayo, Vilma

**Arequipa - Perú
2022**

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CENTRO QUIRURGICO
SEGUNDA ESPECIALIDAD CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 07 de Noviembre del 2022

Dictamen: 008015-C-FENER 2022

Visto el borrador del expediente 008015, presentado por:

2013971342 - TAPIA GUILLEN JOHANA STEPHANIE

Titulado:

**RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA APLICACION DE LA LISTA DE
VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA EN EL EQUIPO QUIRURGICO DEL HOSPITAL POLICIAL
AREQUIPA 2022**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**0203 - NUÑEZ CHAVEZ JOSEFINA SONIA
DICTAMINADOR**



**5672 - PINTO CHIRINOS CARMEN ELISA
DICTAMINADOR**



**5675 - BEGAZO NUÑEZ LUISA MARIA
DICTAMINADOR**



Dedicatorias

Con amor y cariño a mi esposo Artemio quien me ha acompañado a lo largo del camino brindándome apoyo incondicional comprensión y confianza siendo siempre mi fuerza para continuar. Gracias por estar siempre ahí.

A Artemito y Alessita mis amados y pequeños hijos por ser fuente de motivación e inspiración y quienes pacientemente estuvieron presentes en este proceso llenándome de alegrías y buenos momentos.

A mi familia por su apoyo emocional, espiritual y su enorme cariño.

*Con Amor
Johana*



Agradecimiento

A Dios, a nuestro señor Jesús y la virgen María, quienes me acompañaron en este camino.

A la facultad de enfermería de la universidad católica de santa María, por brindarme la oportunidad de realizar esta especialización.

A mis queridas docentes, quienes me brindaron una formación académica humana y de calidad.

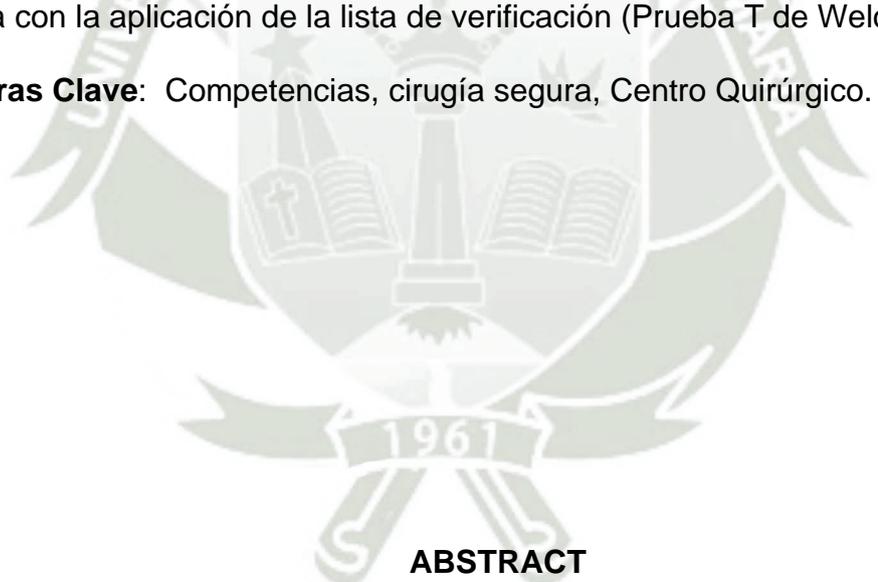


RESUMEN

Relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico del Hospital Policial de Arequipa, 2022

Un acto quirúrgico inseguro traerá graves consecuencias para la sociedad, una de las principales estrategias para la seguridad del paciente, es contar con un recurso humano capacitado y comprometido respecto a la aplicación de la cirugía segura. El **objetivo** del presente estudio fue: Determinar la relación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico del Hospital Policial de Arequipa. **Métodos:** El estudio sigue un diseño relacional, como técnica se aplicó la entrevista y observación directa; los instrumentos fueron, el cuestionario de conocimiento sobre lista de verificación de cirugía segura y la guía de observación y se aplicaron a 23 profesionales con 52 intervenciones quirúrgicas mayores. **Resultados:** El 60.9% del personal presenta un nivel de conocimiento medio, 34.8% alto y sólo 4.3% bajo; en la aplicación de la LVCS 57.7% fueron eficientes y 42.3% deficientes. **Conclusión:** El conocimiento que presenta el personal de salud respecto a cirugía segura presenta una relación directa con la aplicación de la lista de verificación (Prueba T de Welch $P < 0.05$).

Palabras Clave: Competencias, cirugía segura, Centro Quirúrgico.


ABSTRACT**Relationship between the level of knowledge and the application of the safe surgery checklist in the surgical team of the Police Hospital of Arequipa, 2022**

An unsafe surgical act will bring serious consequences for society, one of the main strategies for patient safety is to have a trained and committed human resource regarding the application of safe surgery. The **objective** of the present study was: To determine the relationship between the knowledge and the application of the safe surgery checklist in the surgical team of the Police Hospital of Arequipa. **Methods:** The study follows a relational design, as a technique the interview and direct observation were applied; the instruments were the knowledge questionnaire on the

safe surgery checklist and the observation guide and were applied to 23 professionals with 52 major surgical interventions. **Results:** 60.9% of the personnel present a medium level of knowledge, 34.8% high and only 4.3% low; in the application of the LVCS 57.7% were efficient and 42.3% deficient. **Conclusion:** The knowledge that health personnel have regarding safe surgery is directly related to the application of the checklist (Welch's T-test $P < 0.05$).

Keywords: Competencies, safe surgery, Surgical Center.



INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un reto a nivel mundial, por lo cual los sistemas de salud procuran brindar servicios que limiten el riesgo y puedan causar daño al paciente en el transcurso de su atención. La cirugía segura es un término que engloba la consecución de procedimientos planificados que aseguran la prevención de errores durante la atención en el quirófano (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que, a nivel mundial, se realizan alrededor de 234 millones de operaciones por año, por lo cual el personal de salud que labora en centro quirúrgico debe presentar capacidades plenamente desarrolladas en torno a la seguridad del paciente(1). En el año 2008, la OMS, diseña y valida la lista de verificación de cirugía segura, la cual tiene por objetivo prevenir errores durante el acto quirúrgico, actualmente este instrumento forma parte del protocolo de atención en quirófano, sin embargo estudios como los de Sepúlveda M, López L, González B (2); Pavajezu J, Castillo K(3) y Gonzales G(4), describen la existencia de un bajo a regular cumplimiento en su aplicación.

Un acto quirúrgico inseguro traerá graves consecuencias para la sociedad, las cuales se evidencian por un aumento en la morbilidad y mortalidad. Una de las principales estrategias para la seguridad del paciente, es contar con un recurso humano capacitado y comprometido, razón por la cual, es de vital importancia que se identifiquen las capacidades tanto cognitivas, procedimentales y actitudinales del equipo quirúrgico respecto a la aplicación de la cirugía segura (5).

El Hospital de la Policía en Arequipa, es una institución prestadora de servicios de salud que pertenece al sector público del sistema de salud peruano, cuenta con el servicio de centro quirúrgico, dónde se brinda la atención a pacientes que precisan de una intervención en sala de operaciones. En aras de la calidad de atención en salud, es que se precisa de información actual y pertinente que describa cómo se presenta la cirugía segura, es por esta razón que decide realizar el presente estudio.

Cómo metodología, el estudio sigue un diseño relacional, como técnica se aplicó la entrevista y observación directa, los instrumentos fueron, el cuestionario de conocimiento sobre lista de verificación de cirugía segura y la guía de observación, los cuales cuentan con validez y confiabilidad. La población de estudio estuvo conformada por 23 personas que son el total de profesionales que laboran en centro quirúrgico.

La estructura temática del presente estudio está compuesta por tres capítulos, el primero que describe el planteamiento teórico, el segundo que corresponde al planteamiento operacional y finalmente el tercero, dónde se exponen los resultados, conclusiones y recomendaciones.

ÍNDICE

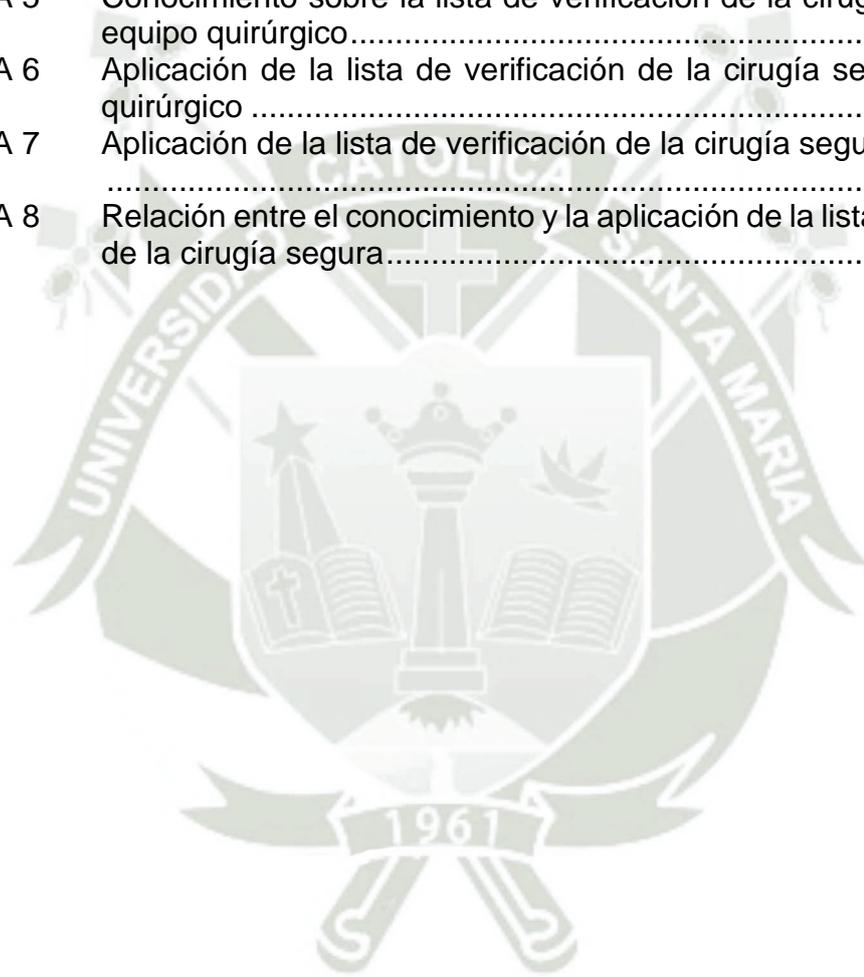
	Pág.
DICTAMEN APROBATORIO	
DEDICATORIAS	
AGRADECIMIENTOS	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1.Enunciado del Problema.....	1
1.2.Descripción del Problema.....	1
1.3.Justificación del problema.....	2
2. MARCO TEÓRICO.....	4
3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	11
3.1.A nivel local.....	11
3.2.A nivel nacional.....	11
3.3.A nivel internacional.....	11
4. OBJETIVOS.....	13
5. HIPÓTESIS.....	13
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	14
1. TÉCNICA E INSTRUMENTO.....	14
1.1.Técnica.....	14
1.2. Instrumento.....	14
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN:.....	14
2.1.Ubicación espacial.....	14
2.2.Ubicación temporal.....	15
2.3.Unidades de estudio.....	15
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	15
CAPÍTULO III RESULTADOS	17
CONCLUSIONES.....	34
RECOMENDACIONES.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	36

ANEXOS 40



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1	Edad del equipo quirúrgico..... 17
TABLA 2	Género del equipo quirúrgico 19
TABLA 3	Tiempo de servicio del equipo quirúrgico 21
TABLA 4	Título de especialista del equipo quirúrgico 23
TABLA 5	Conocimiento sobre la lista de verificación de la cirugía segura en el equipo quirúrgico..... 25
TABLA 6	Aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura en equipo quirúrgico 27
TABLA 7	Aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, según fases 29
TABLA 8	Relación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura..... 31



ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág
GRÁFICO 1	Edad del equipo quirúrgico 18
GRÁFICO 2	Género del equipo quirúrgico 20
GRÁFICO 3	Tiempo de servicio del equipo quirúrgico 22
GRÁFICO 4	Título de especialista del equipo quirúrgico 24
GRÁFICO 5	Conocimiento sobre cirugía segura en el equipo de quirúrgico 26
GRÁFICO 6	Calificación de la lista de verificación de la cirugía segura en la intervención quirúrgica 28
GRÁFICO 7	Aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, según fases 30
GRÁFICO 8	Relación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura 33



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del Problema

Relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico del Hospital Policial de Arequipa, 2022.

1.2. Descripción del Problema

1.2.1. Ubicación del problema

- A) Campo: Ciencias de la Salud
- B) Área: Enfermería en Centro Quirúrgico
- C) Línea: Cirugía segura

1.2.2. Análisis u operacionalización de variables

Variable independiente: Valoración del conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura

Variable dependiente: Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura

Variables	Indicadores	Subindicadores
	Datos sociodemográficos	
	1. Edad	1.1 Menos de 29 años 1.2 30 a 59 años 1.3 Más de 60 años
	2. Género	2.1. Masculino 2.2. Femenino
	3. Grupo ocupacional	3.1. Médico 3.2. Enfermera

	4. Tiempo de servicio 5. Título de especialista	4.1. Menos de 5 años 4.2. 6 a 10 años 4.3. Más de 11 años 5.1. Si 5.2. No
Independiente: Nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura	1. Cirugía segura 2. Objetivo de la lista de verificación de cirugía segura 3. Beneficios de la aplicación	<ul style="list-style-type: none"> Alta: 18-24 puntos Media: 11-17 puntos Baja: 0-10 puntos
Dependiente: Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura	1. Fase de entrada: <i>Antes de la administración anestésica</i> 2. Fase de pausa: <i>Antes de la incisión cutánea</i> 3. Fase de salida: <i>Antes de la salida del paciente del quirófano</i>	<ul style="list-style-type: none"> Aplicación eficiente: 30-38 puntos Aplicación deficiente: 0 -29 puntos

1.2.3. Tipo y nivel de investigación:

Tipo : Estudio de campo y de corte transversal.
Nivel : Descriptivo-Relacional

1.2.4. Interrogantes básicas

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico Hospital Policial de Arequipa?
- ¿Cómo se realiza la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el Hospital Policial de Arequipa?
- ¿Cuál es la relación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico del Hospital Policial de Arequipa?

1.3. Justificación del problema

El término de errar es humano, es un dicho que no se ajusta a la atención del paciente, es por esta razón que las instituciones de salud buscan la calidad evidenciada en la seguridad de todas las acciones realizadas en el transcurso de la propia atención. En el área de cirugía, se procura la seguridad, es por esta razón que todas las instituciones a nivel mundial

promueven la prevención de riesgos y/o daños en la cirugía. La OMS, señala que todos los años se registra un promedio de 3 a 16% de complicaciones quirúrgicas, así también, describe que se presenta una tasa preocupante de 0.8% de mortalidad por cirugías realizadas (1).

Los procedimientos quirúrgicos precisan de la interacción de un equipo quienes coordinadamente, intervendrán para la prevención de riesgos, así como eventos, por lo cual es importante identificar si se viene realizando una correcta implementación de la misma.

El estudio de Guilabert A (6) señala la importancia del uso de la lista de verificación en la cirugía segura para el manejo de los pacientes quirúrgicos, dónde además indica que es de vital importancia determinar cuánto conoce el equipo quirúrgico sobre la misma. Esta última propuesta, es el motivo por el cual se decide realizar el presente estudio, dado que se ha evidenciado, en diversos estudios actuales, que aún coexisten limitaciones en su manejo(2,3).

El Hospital Policial de Arequipa, es una institución pública prestadora de servicios de salud a personas o familiares, que pertenecen a la Policía Nacional del Perú, ofrece el servicio de centro quirúrgico, dónde se atiende procedimientos de cirugía menor y mayor. La calidad en salud, es un aspecto importante para la gestión hospitalaria, por lo cual se procura identificar limitaciones que puedan ser manejadas desde las propuestas de mejora continua. El desarrollo del presente estudio contribuirá de manera útil y práctica en la toma de decisiones para la gestión del cuidado del paciente quirúrgico.

El estudio respalda su relevancia científica, puesto que se estructura bajo el método científico, así también su marco teórico se desarrolla en base a fuentes científicas actuales.

Para la mejora continua en la gestión del cuidado del paciente quirúrgico se precisa identificar cuánto conoce el equipo quirúrgico de la lista de verificación de la cirugía segura, así también cómo se realiza su aplicación, estos aspectos respaldan la relevancia humana y social del presente estudio (7).

La motivación para el desarrollo de la presente investigación es evaluar los conocimientos en el equipo quirúrgico sobre la cirugía segura y la importancia de su correcta utilización de esta, evitando daños irreparables o incluso la muerte.

Así mismo desde el aspecto profesional, se busca la obtención del título de segunda especialidad en Centro Quirúrgico, finalmente se refrenda factibilidad y viabilidad, ya que se cuenta con la autorización y recursos necesarios.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. CONOCIMIENTO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

El conocimiento es una propiedad humana que permite el aprendizaje, de acuerdo al aspecto epistemológico, el conocimiento se caracteriza por ser activo el cual se presenta como un compromiso frente a una realidad específica dónde los sistemas cognitivos realizarán una determinada representación (8).

Los elementos que conforman el conocimiento son cuatro, la persona, el objeto del conocimiento, la operación propia del querer conocer y el resultado, que representa lo aprendido del objeto estudiado (9).

De acuerdo a Descartes R, el conocimiento puede ser científico o no científico, el primero se respalda en las fundamentaciones teóricas a las cuales han sido sometido los juicios o planteamientos previos (10). Se ha descrito tres niveles de conocimiento:

- Sensible: En este primer nivel se describe que el conocimiento se realiza por parte de los sentidos
- Conceptual: El conocimiento surge de planteamientos universales que son sobreentendidos.
- Holístico: En este nivel se explica que el conocimiento es científico, por lo que cada planteamiento debe ser refrendado por la ciencia.

Al referirse al conocimiento sobre lista de verificación de cirugía segura, se hace mención acerca de las capacidades cognitivas que posee el profesional de salud acerca de la seguridad en la atención del paciente quirúrgico. Una de las propiedades del conocimiento es que puede ser medido, esta medición se realiza por medio de instrumentos diseñados en base a contenido teórico que describen la temática u objeto de conocimiento, finalmente por medio de una ponderación asignada se puede clasificar y/o categorizar el nivel de conocimiento (9).

2.1.1. Cirugía segura

La cirugía es la rama de la medicina que se encarga de estudiar la aplicación de tratamientos y/o procedimientos realizados en quirófano, con el fin de lograr el bienestar del paciente (11). El tipo de cirugía que se realiza puede ser clasificado de acuerdo a su localización como externas o internas, de acuerdo a su extensión como cirugía mayor o menor. La cirugía menor es menos invasiva, frecuentemente se requiere del uso de anestesia local, en cambio la cirugía mayor implica una atención más compleja, generalmente requiere el uso de anestesia general y se realiza en el quirófano (12).

De acuerdo al propósito de la cirugía, esta puede ser clasificadas como:

- Diagnósticas: Identifican la causa de principales síntomas que producen afección en la persona, ejemplo de este tipo, es la obtención de biopsias, otro ejemplo son las laparotomías exploratorias.
- Curativa: El propósito de la intervención quirúrgica es brindar confort a la dolencia suscitada, un ejemplo es la apendicetomía.
- Reparadora: La cirugía se realiza para mejorar la estructura de un área determinada y corregir, un ejemplo es el reemplazo de la válvula mitral y la osteosíntesis.
- Paliativa: Este tipo de cirugía se aplica para solucionar o calmar síntomas, sin embargo, no soluciona o repara la enfermedad, un ejemplo es la gastrostomía.

En lo que respecta al equipo quirúrgico que realizará la cirugía, este se conforma por personal profesional capacitado y especializado, los cuáles están integrados por: El cirujano con uno o dos ayudantes, el anestesiólogo, la enfermera instrumentista I y II (11).

De acuerdo a las funciones respaldadas por el MINSA (13), el cirujano es el personal responsable del tratamiento médico y quirúrgico del paciente, así también debe ser el guía en las actividades que respectan al acto quirúrgico, por otro lado, el ayudante del cirujano, será otro médico, que realiza las funciones de apoyo y/o colaboración al cirujano.

El anestesiólogo, es un médico especialista encargado de la administración de la anestesia, también vigila y controla el estado general del paciente (14). Parte fundamental del éxito de la cirugía, es el cuidado del paciente, el cual es realizado por la enfermera. En el acto quirúrgico, la enfermera se puede desempeñar como instrumentista I o II (15).

Las acciones que realiza la instrumentista I son:

- Conocer la intervención quirúrgica que se realizará, para tal situación deberá contar con el material idóneo de acuerdo a técnica quirúrgica
- Realizará el lavado quirúrgico de manos, dispondrá y vestirá del equipo de protección personal completo
- Vestirá las mesas de instrumentación y colocará los instrumentos necesarios y en orden, también colocará el campo estéril
- Ayuda a vestir al cirujano, así como sus ayudantes
- Controla, vigila y monitorea el número de gases y/o compresas que se usarán en la intervención quirúrgica
- Realiza el conteo y pre lavado del material usado en el acto quirúrgico
- Los materiales desechables son descartados de acuerdo a normas de bioseguridad y las vigentes (16).

La enfermera instrumentista II, tendrá la función de:

- Recibir al paciente, dónde realizará la correcta identificación, así como la verificación de la implementación de la historia clínica. Administrará cuidados emocionales y espirituales (17).
- Aplica la lista de verificación de cirugía segura, la cual se explica detalladamente en puntos más adelante
- Deberá verificar que la sala de quirófano se encuentre desinfectada, limpia y lista para el desarrollo del acto quirúrgico, así también evidenciará el correcto funcionamiento del aparataje y del material fungible
- Ayudará a colocar al paciente en la camilla, así también apoyará al anesthesiólogo en el proceso de sedación al paciente
- Dotará de material necesario durante el acto quirúrgico
- Vigilará que se mantenga la asepsia quirúrgica.
- En el postoperatorio ayudará a colocar al paciente en la camilla para su correspondiente traslado
- Vigilará y controlará los signos vitales
- Realizará el registro de las notas de enfermería
- Realizará el lavado del material quirúrgico, así también coordinará la limpieza de la sala para otra intervención

La cirugía segura se define como el área que estudia y evidencia la aplicación de actos y procedimientos enfocados a la provisión de seguridad al paciente, durante todo el acto quirúrgico(18). De acuerdo a la OMS, la aplicación de la seguridad en la cirugía favorece la prevención de daños y/o eventos adversos, que además pueden cursar con el aumento de las tasas de morbilidad (6).

El evento adverso en cirugía, es el resultado de una situación no esperada, que se caracteriza por representar una lesión o daño al paciente, durante el acto quirúrgico, por tal situación, es de vital importancia que las prácticas seguras, sean incluidas para la atención, por lo cual todos los sistemas de salud, tienen el deber de refrendar aspectos de calidad en los servicios que se ofertan (19); es por esta razón que desde el año 2000, se propone la aplicación de una estrategia (LVCS), a nivel mundial, que procura la reducción de eventos que puedan provocar morbilidad en los pacientes (20).

En la atención del paciente quirúrgico se debe procurar la aplicación de protocolos, estos favorecerán la prevención de eventos adversos. Los pasos incluidos en los protocolos de atención del paciente quirúrgico, respaldados por el MINSA (21), son:

- Identificación del paciente, se realiza en área negra del servicio de centro quirúrgico, en la admisión del paciente, se deberá señalar adecuadamente todos los datos del mismo
- Procedimiento correcto y sitio correcto, el cual deberá ser verificado antes de la anestesia, incisión cutánea y antes de la salida del paciente)

2.1.2. Lista de verificación de cirugía segura

La lista de verificación (LVCS), es un instrumento que ha sido diseñado y validado a nivel mundial por la OMS, como parte de una estrategia en la reducción de actos inseguros durante el acto quirúrgico(22). La lista de verificación de cirugía segura, considera 3 principios:

- Simplicidad: El diseño de la lista, se basa en una aplicación sencilla y clara, dónde las personas que lo ejecutan puedan registrar adecuadamente la información requerida de manera más efectiva.
- Amplitud de aplicación: La lista se diseña para su aplicación a nivel mundial, por lo cual su estructura se basa en protocolos internacional de seguridad en la atención del paciente quirúrgico.
- Mensurabilidad: La propiedad que hace factible y viable la aplicación de la lista de verificación es que puede ser medida, esto señala que al final de su aplicación se puede evidenciar si el acto quirúrgico es seguro o no, la información obtenida permitirá la gestión de la mejora continua en centro quirúrgico.

La aplicación de la lista de verificación de cirugía segura considera el acto quirúrgico en 3 fases determinadas:

1. Entrada: En esta fase se considera los actos y procedimientos que se realizan antes de la inducción de la anestesia.
2. Pausa quirúrgica: Esta fase se realiza después de la inducción anestésica, así también, corresponde antes de la incisión quirúrgica , lo cual corresponde a la fase del intraoperatorio.
3. Salida: Referida al cierre de la herida quirúrgica.

En cada institución de salud, se deberá evaluar la efectividad de la atención prestada, puesto que, de acuerdo a los resultados obtenidos, se podrán diseñar estrategias de mejora continua. En Centro Quirúrgico, la atención del paciente debe responder a los criterios de calidad y seguridad a nivel nacional e internacional, por lo que la lista de verificación de cirugía segura, es un formato que se incluye en la evidencia de la calidad de la atención, por consiguiente, debe ser plenamente conocido y aplicado, en cada acto quirúrgico que se realice (23).

2.2. APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

La lista de verificación de cirugía segura, es aplicada por la Instrumentista II. La ejecución de la lista, permite la prevención de eventos adversos durante todo el acto quirúrgico, estas acciones se realizan en tres fases predeterminadas(5), de acuerdo al tipo de procedimiento quirúrgico:

- **Entrada:**

En esta fase, corresponde la identificación del paciente quirúrgico, se desarrolla acciones como registro de los datos del usuario, el tipo de inducción anestésica, su llenado requiere de la participación tanto del

personal de enfermería como del médico anesthesiólogo (24), las actividades que se desarrollan son:

- Confirmar el consentimiento del paciente tanto para el tipo de cirugía como para la administración de anestesia.
 - Confirmación de la identificación del paciente, localización de zona a operar, así como el procedimiento a realizarse. Si no se puede realizar la confirmación por parte del paciente, se tomará los datos del familiar acompañante o tutor (21).
 - Confirmación del sitio quirúrgico, este acto deberá ser realizado por el cirujano
 - Realizar el chequeo completo de seguridad anestésica, dónde se identificará accesos para ventilación, oxigenación y aspiración; así también accesos para administración de medicamentos o dispositivos de control y monitorización del paciente
 - Verificación de la disponibilidad, así como del funcionamiento del equipo y auxilio medicamentoso para situación de emergencia
 - Identificación de alergias, dificultad respiratoria o riesgo de pérdidas de volumen en el paciente
- **Pausa Quirúrgica:**

La pausa quirúrgica es entendida como la actividad momentánea de descanso, que ejecuta el equipo quirúrgico, antes de la incisión cutánea (25), en esta fase se confirma la aplicación de medidas de seguridad.

- Antes de empezar con la pausa quirúrgica, cada miembro deberá confirmar su identificación, de acuerdo a nombre y función
- Los miembros del equipo (cirujano, enfermera y anesthesiólogo) confirmarán verbalmente la identificación del paciente, de acuerdo a nombre y procedimiento.
- Se confirma el cumplimiento de asepsia por parte de todos los miembros del equipo quirúrgico
- Se confirma la administración de profilaxis antibiótica (de acuerdo a protocolo)
- Se confirma la valoración, identificación y control en situaciones que puedan favorecer un daño al paciente
- Se visualizan las ayudas de imagenología médica con las que cuenta el paciente.

- **Salida:**

Esta fase se realiza antes de retirarse del campo estéril, se evidencia el cumplimiento de las medidas de seguridad y asepsia frente la técnica quirúrgica (18).

- El cirujano deberá confirmar, junto al equipo, si el desarrollo del procedimiento quirúrgico se realizó de acuerdo a planificación prevista.

- El anestesiólogo deberá confirmar o reportar los eventos adversos suscitados en el acto quirúrgico. Algunas complicaciones postquirúrgicas son la hipotensión, alteraciones tanto en el ritmo o también en la frecuencia cardíaca. Se puede producir una punción accidental en una de las meninges, en este caso la duramadre, por otro lado, se podrían suscitar dificultades respecto a la vía aérea, así también como en los fluidos y/o accesos intravenosos (26).
- La enfermera, junto con el equipo quirúrgico, deberán confirmar verbalmente que el conteo de gasas y/o compresas, así también el instrumental utilizado, otro aspecto que precisa de confirmación verbal son la correcta identificación de las muestras biológicas, dónde se señale el nombre y tipo de muestra obtenida.
- El formato de la lista de verificación de seguridad en la cirugía, deberá ser refrendado con la firma y sello del personal que ha realizado el registro de la lista, de acuerdo a protocolo del MINSA(21), el personal de enfermería.

2.3. Rol de la enfermera en la cirugía segura

Las acciones que se realizan en la atención del paciente quirúrgico, deben ser aplicadas conscientemente y bajo una sólida fundamentación teórica, es por esta razón que cada institución cuenta con un protocolo de atención (27). El profesional de enfermería deberá brindar un cuidado especializado, integral y humanizado al paciente, desde la fase del preoperatorio, intraoperatorio y post operatorio(28).

En la fase del preoperatorio, la enfermera se desempeñará como instrumentista I e instrumentista II, las funciones corresponden al acto quirúrgico, la instrumentista I, es la encargada de brindar y dotar del material quirúrgico dentro de la sala de operaciones, por lo cual precisa tener una base sólida de conocimiento acerca de la técnica operatoria que aplicará el cirujano; por otro lado la instrumentista II se encargará de la recepción, verificación de identidad y conformidad de historia clínica del paciente, así también brindará apoyo durante todo el acto quirúrgico, ayudará en el traslado del paciente a camilla quirúrgica, colaborará con el anestesiólogo en la inducción a anestesia y verificará la funcionalidad de todo el equipo médico así como la dotación de material para la realización de la cirugía (11).

En la fase intraoperatoria, la instrumentista II vestirá al cirujano y ayudante, vestirá la mesa quirúrgica, colocará los materiales estériles y brindará el instrumental de acuerdo a técnica estéril.

La instrumentista II, ingresará a la sala, y deberá estar solicitada al llamado de la instrumentista I, a quién deberá entregar el material solicitado

respetando la técnica aséptica. Recibirá muestras, para lo cual deberá realizar su correcta identificación y posterior tramitación (6).

En la fase del postoperatorio, la instrumentista II deberá participar en el traslado del paciente a sala de recuperación, participara en el conteo de las gasas y compresas, apoyará a instrumentista I en el lavado del material quirúrgico y realizará el registro de las notas de enfermería, dónde incluirá la descripción de todos los procedimientos realizados durante la atención (29). El llenado de las notas de Enfermería, deberá ser realizado de manera clara, legible, identificando los procesos del cuidado enfermero, que incluyen la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (30).



3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1.A nivel local

Macedo M. Nivel de conocimiento y aplicación de la cirugía segura, personal de salud de centro quirúrgico. Hospital Aplao-Arequipa, 2019. Universidad Católica de Santa María. La autora concluye que el conocimiento sobre cirugía segura fue bueno en la gran mayoría del equipo quirúrgico, sin embargo se observa que el 20% de enfermeros tuvo un conocimiento regular; en la aplicación se observó que existe limitaciones en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura (31).

Lazo H, Torres Y. Experiencias en la aplicación de la hoja de cirugía segura en enfermeras del Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa; 2017. Universidad Nacional de San Agustín. Concluyen que la información que se obtiene por la hoja de cirugía segura sirve para la prevención de eventos adversos durante el acto quirúrgico (32).

3.2.A nivel nacional

Chavez E. Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en las enfermeras de centro quirúrgico en el hospital nacional Arzobispo Loayza. Lima, 2021. Universidad Norbert Wiener. Se concluye que el cuestionario de conocimiento y aplicación de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía cuenta con validez y confiabilidad para ser aplicado en Perú (33).

Palomino M, Machuca M; Munayco J. Relación entre aplicación y utilidad de la lista de verificación de cirugía segura. Lima, 2020. Revista cubana de enfermería. Los autores concluyen que no se encontró relación entre la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura y la utilidad, según la opinión de las enfermeras (34).

Torres A. Cumplimiento de lista de verificación de cirugía segura. Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión. Huancayo, 2017. Universidad San Martín de Porres. Concluyen que el 96.4% del personal de centro quirúrgico no cumple con la lista de verificación de la cirugía segura (35).

3.3.A nivel internacional

Russo M, Tizón E, Pesado J. Evaluación del conocimiento de los profesionales sanitarios de quirófano sobre el listado de verificación quirúrgica en el área sanitaria de Ferrol. México, 2021. Revista Ene de Enfermería. Concluye que existe limitaciones en el conocimiento, sólo 10% del personal enfermero demostró un buen conocimiento(36).

Ramos A, De Antón R, Guidi E, Delor S, Lupica L, Fraiz V, Fidel D, Arana S, Arribalzaga E. Implementación del listado de verificación preoperatorio

de enfermería para cirugía segura. Se concluye que existen limitaciones en la implementación de la lista de verificación de cirugía segura, se encontró fallo en el ingreso del paciente (37).

Da Cruz E, De Abreu D, De Souza L. Eficácia e aplicabilidade do check list de cirurgia segura como ferramenta de prevenção de cirurgia em local errado. Brazil, 2020. Revista Cadernos Camilliani. Se concluye que hubo un aumento significativo en la tasa de errores en las cirugías, en la aplicación de la lista de seguridad de cirugía se evidenció limitaciones en su ejecución por parte equipo quirúrgico (23).



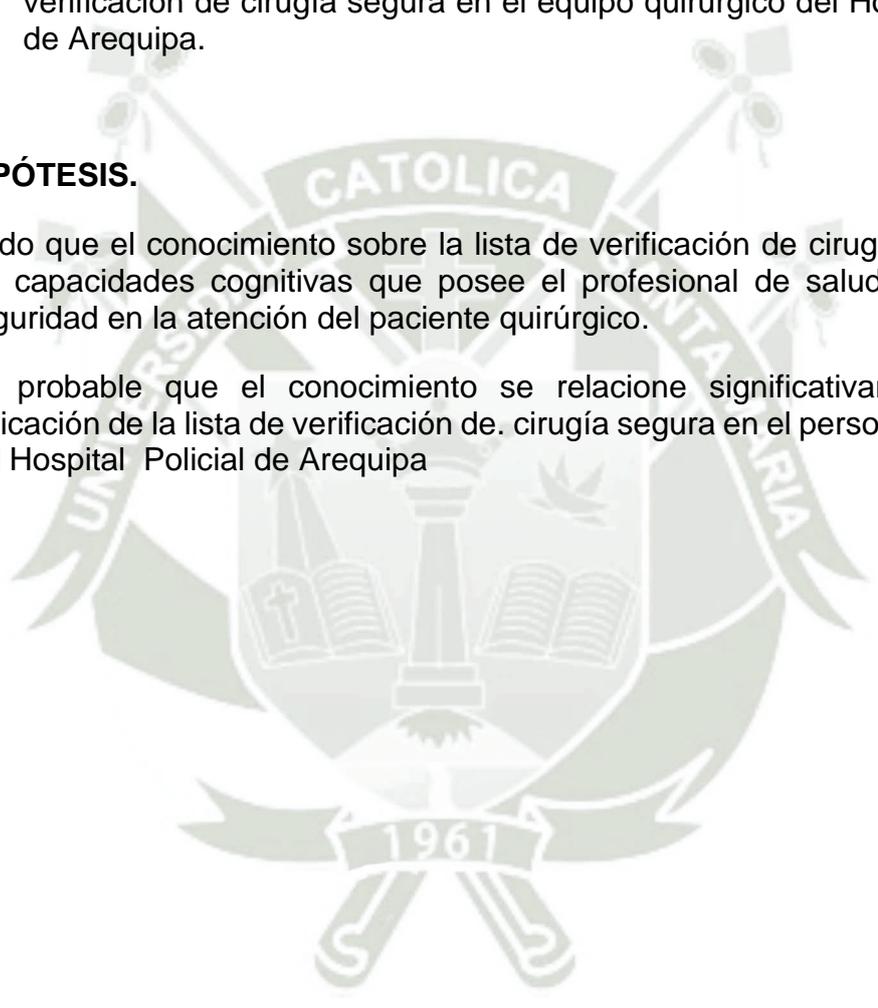
4. OBJETIVOS.

1. Determinar el nivel de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico Hospital Policial de Arequipa.
2. Identificar la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el Hospital Policial de Arequipa.
3. Determinar la relación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico del Hospital Policial de Arequipa.

5. HIPÓTESIS.

Dado que el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura, son las capacidades cognitivas que posee el profesional de salud acerca de la seguridad en la atención del paciente quirúrgico.

Es probable que el conocimiento se relacione significativamente con la aplicación de la lista de verificación de. cirugía segura en el personal profesional del Hospital Policial de Arequipa



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO.

1.1. Técnica

En la presente investigación, para la variable independiente: Nivel del conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura, se aplicó la encuesta. Para la variable dependiente Aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, se usó la observación directa.

1.2. Instrumento

El instrumento para la variable independiente: Nivel del conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura, fue el cuestionario de conocimiento sobre lista de verificación de la cirugía segura, el cual fue elaborado por Moreta D(38) y adaptado al actual contexto por Vásquez M (39), quien realizó la validez por juicio de expertos y determinó la confiabilidad del instrumento con un alfa de Cronbach de 0.77.

El instrumento consta de 12 ítems, se realiza la puntuación por cada pregunta, cuando es correcta se otorga 2 puntos, cuando es incorrecta 0 puntos, la puntuación total se categoriza de acuerdo a baremos:

- Alto (18- 24 puntos)
- Medio (11-17 puntos)
- Bajo (0-10 puntos)

Para la variable dependiente: Aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, se aplicó la guía de observación de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, el cual fue elaborado por Moreta D(38) y adaptado al actual contexto por Vásquez M (39), quien realizó la validez por juicio de expertos y determinó la confiabilidad del instrumento con un alfa de Cronbach de 0.96.

La guía de observación consta de 19 ítems, los cuáles se otorga 2 puntos cuando se marca sí y 0 puntos cuando se coloca no. El puntaje total se categoriza de acuerdo a:

- Aplicación eficiente (30-38 puntos)
- Aplicación deficiente (0-29 puntos)

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN:

2.1. Ubicación espacial

La presente investigación se realizó en el Centro Quirúrgico del hospital de policía de la ciudad de Arequipa. El cual cuenta con dos salas de operaciones una para cirugía mayor y otra para cirugía menor y el área de recuperación.

2.2. Ubicación temporal

El estudio es coyuntural para el año 2022, se ejecutó en los meses de junio a julio del 2022.

2.3. Unidades de estudio

Las unidades de estudio, estuvieron conformadas por el todo el personal del equipo quirúrgico (médicos y profesionales enfermeros), los cuales hacen un total de 23 personas, así también se aplicó la guía de observación a 53 cirugías mayores, que es el total de dos meses quirúrgicos.

2.3.1. Muestra:

No se calculó un tamaño de muestra ya que se aplicó a todo el universo de acuerdo a criterios de selección.

Criterios de Inclusión

- Personal profesional de centro quirúrgico que desee participar del estudio y firme el consentimiento informado
- Intervenciones quirúrgicas de cirugía mayor con anestesia general, regional y bloqueo de pacientes de cualquier edad y sexo

Criterios de Exclusión

- Personal que no desee participar del estudio
- Intervenciones quirúrgicas menores

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Procedimiento

- Se realizó coordinaciones con la facultad de Enfermería para la designación de jurado para la revisión del proyecto de tesis; se solicitó los permisos respectivos al director del Hospital Policial Arequipa para la realización del presente trabajo de investigación.
- Con autorización del jefe del centro quirúrgico se procedió a la aplicación del consentimiento informado y posterior observación no participativa de la aplicación del registro de cirugía segura, verificando que cumplan los criterios de selección.

- Se observó la aplicación del listado de cirugía segura según el protocolo que divide a este procedimiento en tres partes: Entrada, pausa quirúrgica y salida
- Los datos fueron analizados estadísticamente. La contrastación de las variables, se realizó con la prueba de T de Welch puesto que las variables son heterogéneas (varianzas desiguales) y provienen de dos muestras diferentes. Se usó el programa de Excel 2016 y SPSSv.22.0

3.2. Recursos

- **Humanos:**
 - Investigadora
 - Asesora de tesis
- **Materiales**
 - Cuestionarios y guías de observación
 - Material de escritorio
 - Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.
- **Financieros**
 - Autofinanciado

CAPÍTULO III

RESULTADOS

TABLA 1
EDAD DEL EQUIPO QUIRÚRGICO

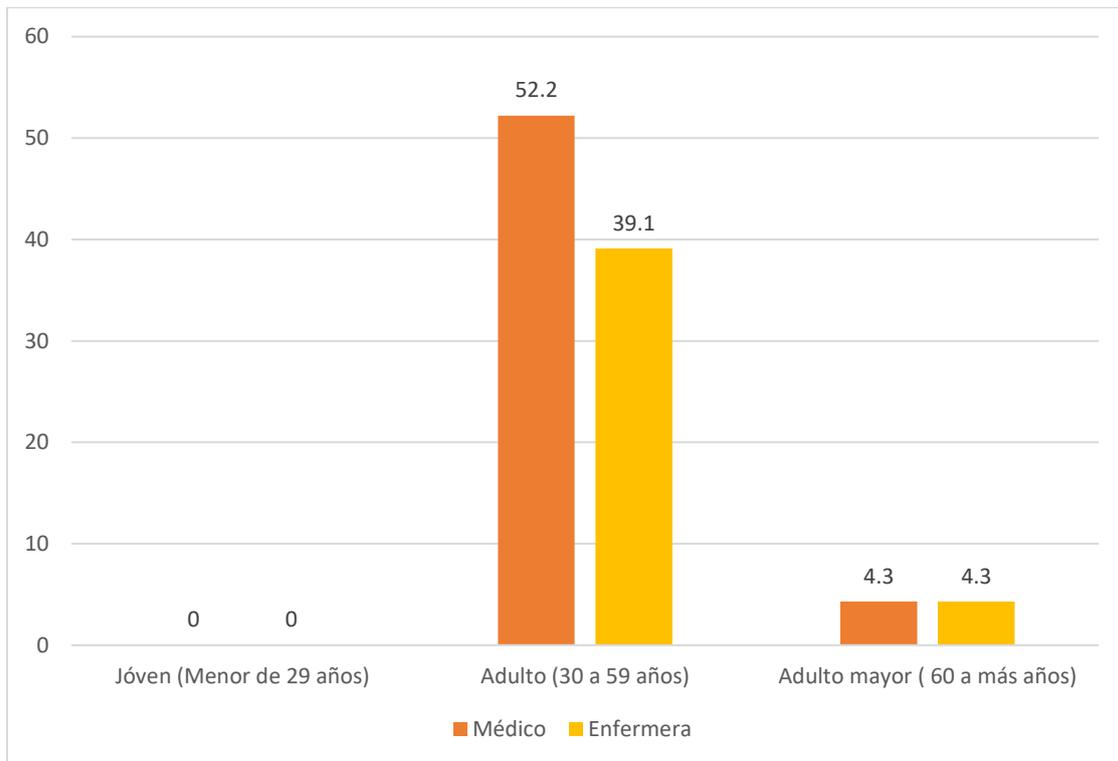
Edad	Médico		Enfermera		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Joven (Menor de 29 años)	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Adulto (30 a 59 años)	12	52,2	9	39,1	21	91,3
Adulto mayor (60 a más años)	1	4,3	1	4,3	2	8,7
Total	13	56,5	10	43,5	23	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla se muestra que el 91.3% del equipo quirúrgico tiene edades entre 30 a 59 años y 8.7% de 60 a más años.

Se deduce que la mayoría del equipo quirúrgico, se encuentra en el ciclo de vida adulto.

GRÁFICO 1
EDAD DEL EQUIPO QUIRÚRGICO



Fuente: Elaboración propia

TABLA 2
DISTRIBUCIÓN DEL EQUIPO DE SALUD SEGÚN GÉNERO

Género	Médico		Enfermera		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	9	39,1	0	0,0	9	39,1
Femenino	4	17,4	10	43,5	14	60,9
Total	13	56,5	10	43,5	23	100,0

Fuente: Elaboración propia

En la tabla se identifica que 60.9% del equipo quirúrgico es de sexo femenino, 39.1% masculino; de acuerdo al grupo ocupacional, se muestra que el total del personal enfermero son de género femenino, por otro lado, en el personal médico 39.1% son de género masculino y 17.4% femenino.

Se infiere que más de la mitad del equipo quirúrgico son de género femenino.

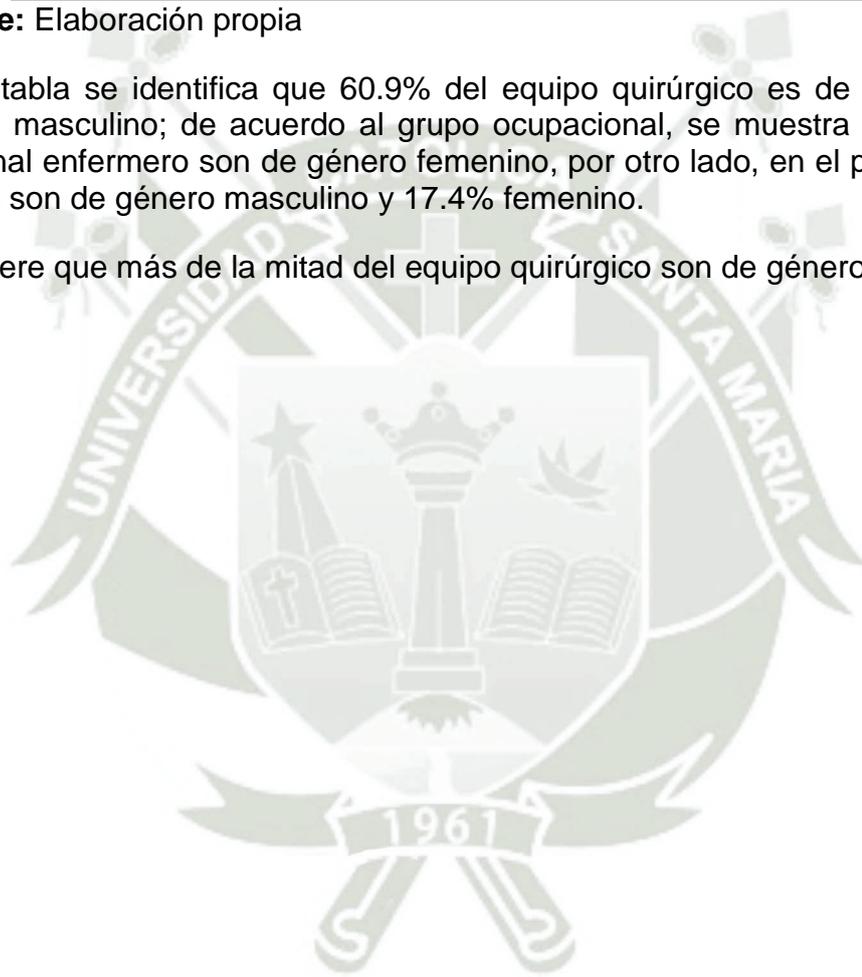
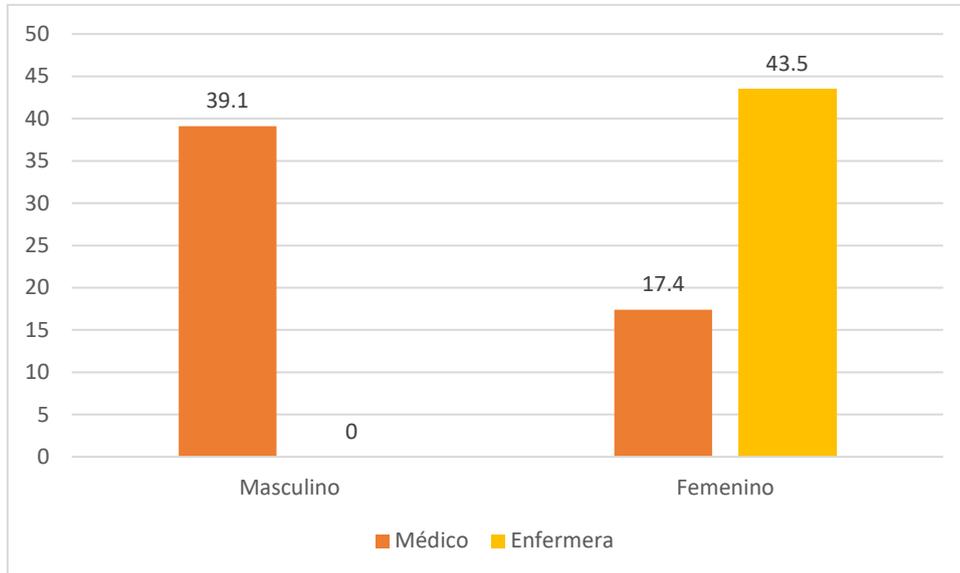


GRÁFICO 2
GÉNERO DEL EQUIPO QUIRÚRGICO



Fuente: Elaboración propia



TABLA 3
TIEMPO DE SERVICIO DEL EQUIPO QUIRÚRGICO

Grupo ocupacional \ Tiempo de servicio	Médico		Enfermera		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Menos de 5 años	1	4,3	1	4,3	2	8,7
6 a 10 años	1	4,3	3	13,0	4	17,4
Más de 11 años	11	47,8	6	26,1	17	73,9
Total	13	56,5	10	43,5	23	100,0

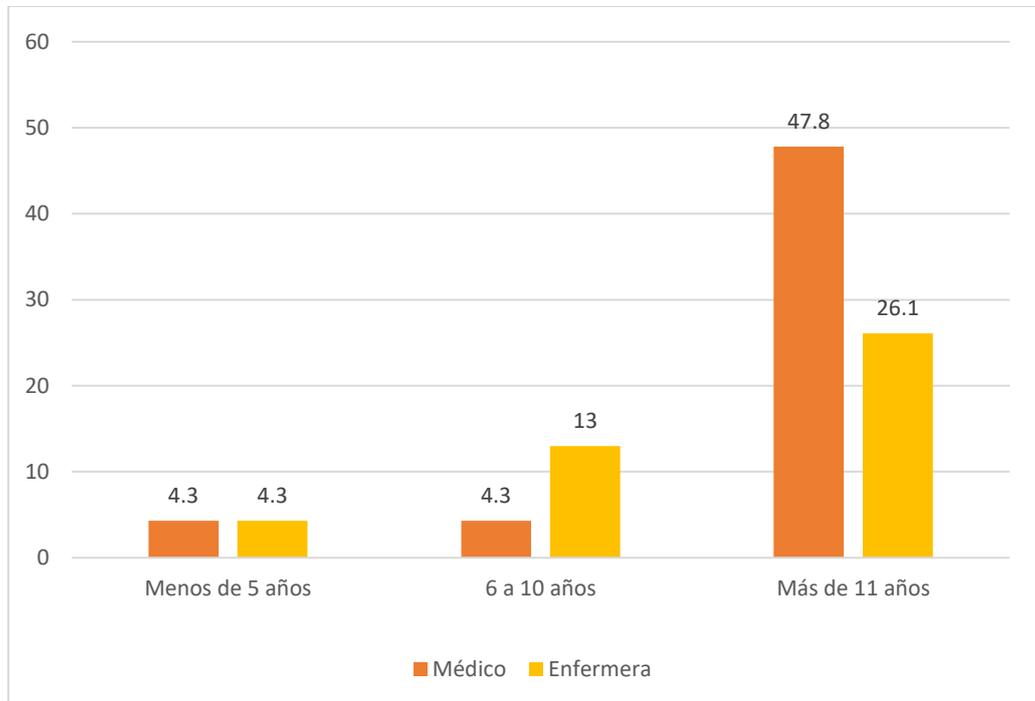
Fuente: Elaboración propia

En la tabla se observa que 73.9% del equipo quirúrgico, tiene de más de 10 años de experiencia laboral en Centro Quirúrgico, 17.4% de 6 a 10 años y 8.7% menos de 5 años.

Se deduce que cerca de las tres cuartas partes del equipo quirúrgico tiene más de 11 años de experiencia en Centro Quirúrgico.

GRÁFICO 3

TIEMPO DE SERVICIO DEL EQUIPO QUIRÚRGICO



Fuente: Elaboración propia



TABLA 4

TÍTULO DE ESPECIALISTA DEL EQUIPO QUIRÚRGICO

Grupo ocupacional	Médico		Enfermera		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Título de especialista						
No	0	0,0	1	4,3	1	4,3
Si	13	56,5	9	39,1	22	95,7
Total	13	56,5	10	43,5	23	100,0

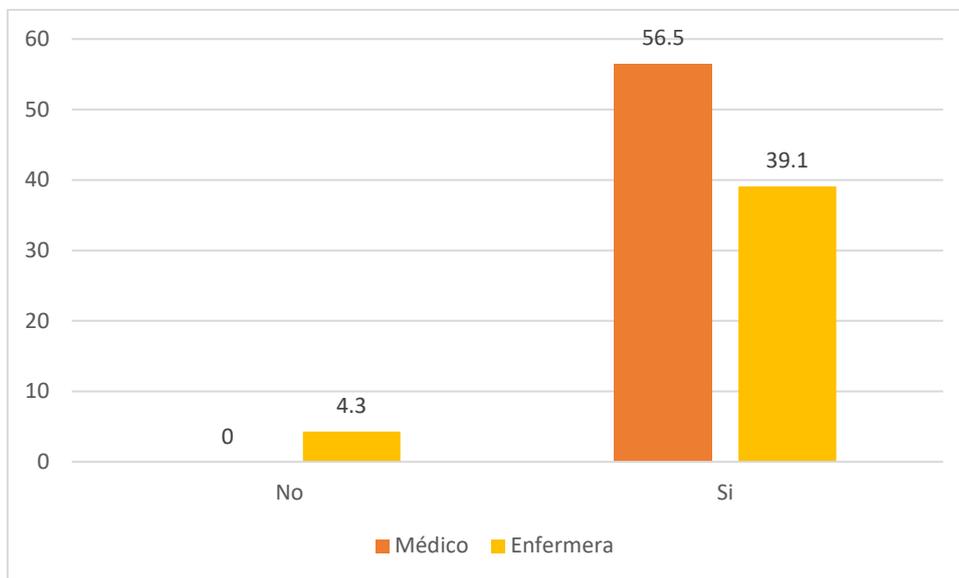
Fuente: Elaboración propia

En la tabla se identifica que el 95.7% del personal de Centro Quirúrgico tiene título de especialista, 4.3% no lo tiene. De acuerdo al grupo ocupacional, el total del personal médico es especialista titulado y de los profesionales enfermeros sólo 1 (4.3%) no cuenta con el título.

Se deduce que la mayoría del equipo quirúrgico son especialistas titulados.

GRÁFICO 4

TÍTULO DE ESPECIALISTA DEL EQUIPO QUIRÚRGICO



Fuente: Elaboración propia



TABLA 5

**CONOCIMIENTO SOBRE LA LISTA DE VERIFICACION DE LA CIRUGIA
SEGURA EN EL EQUIPO QUIRÚRGICO**

Grupo ocupacional	Médico		Enfermera	
	N°	%	N°	%
Conocimiento				
Bajo	1	7,7	0	0,0
Medio	10	76,9	4	40,0
Alto	2	15,4	6	60,0
Total	13	100,0	10	100,0

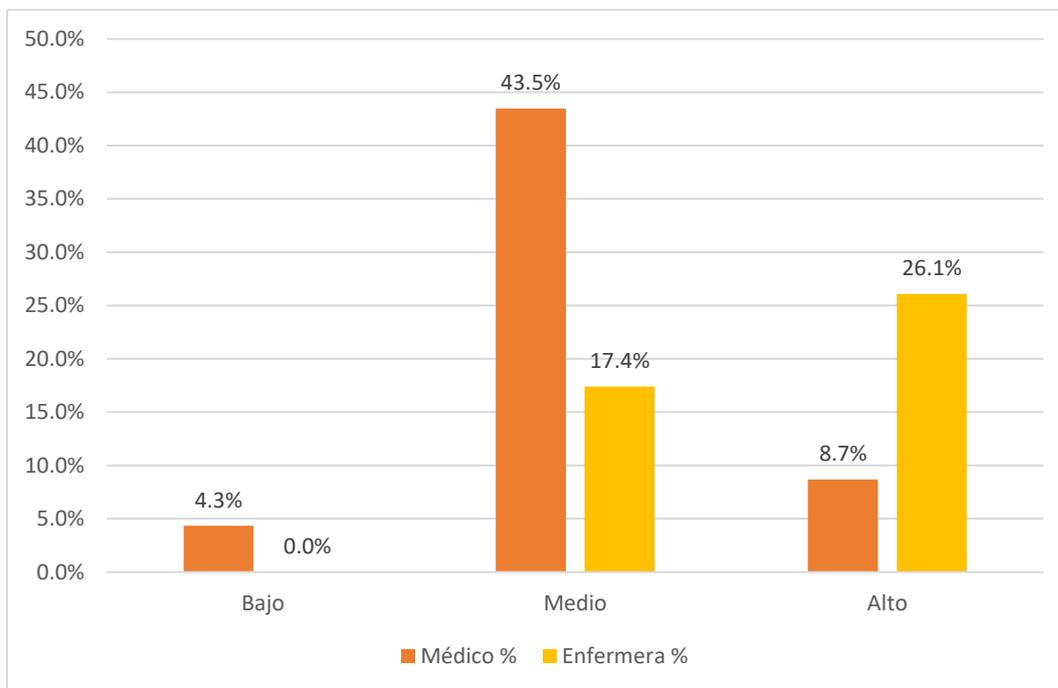
Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

En la tabla se observa que de acuerdo al grupo ocupacional, 76.9% de los médicos, presentó un conocimiento medio sobre cirugía segura y 60% de las enfermeras alto.

Se deduce que más de las tres cuartas partes del personal médico presentó un conocimiento medio sobre cirugía segura y más de la mitad de los profesionales enfermeros fue alto.

GRÁFICO 5

CONOCIMIENTO SOBRE LA LISTA DE VERIFICACION DE LA CIRUGIA
SEGURA EN EL EQUIPO QUIRÚRGICO



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora



TABLA 6

APLICACION DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA CIRUGÍA SEGURA EN
LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

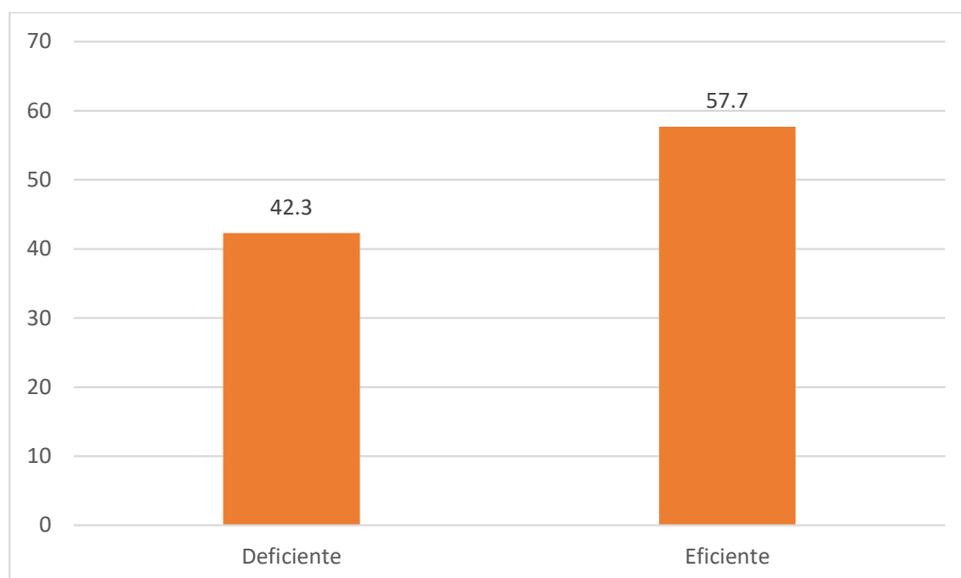
Aplicación	N°	%
Deficiente	22	42,3
Eficiente	30	57,7
Total	52	100,0

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

En la tabla se idéntica que, de 52 observaciones realizadas a las intervenciones quirúrgicas mayores, 57.7% fueron eficientes y 42.3% deficientes. Se infiere que, en más de la mitad de las intervenciones quirúrgicas realizadas, se aplica la lista de verificación de la cirugía segura de una manera eficiente.

GRÁFICO 6

APLICACION DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA CIRUGÍA SEGURA EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora



TABLA 7

**APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA CIRUGÍA SEGURA,
SEGÚN FASES**

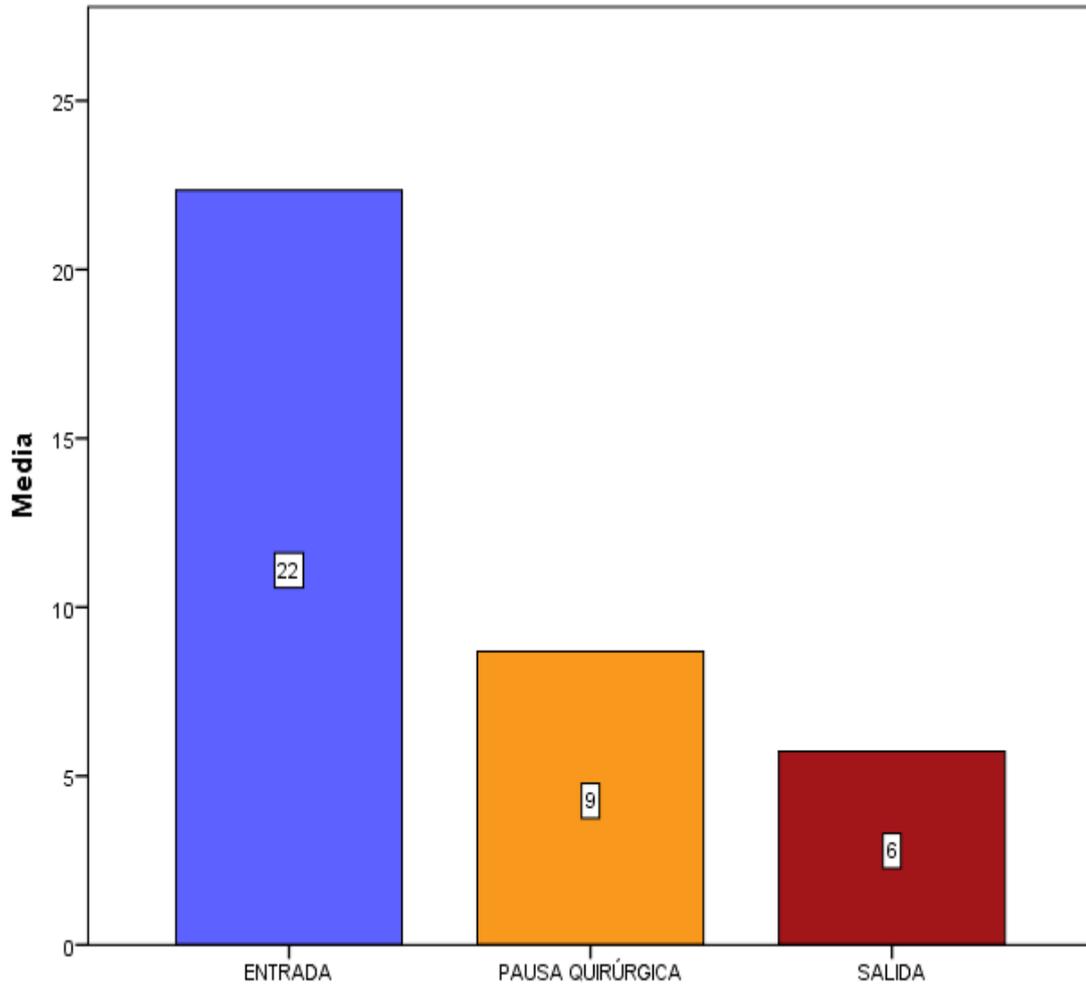
PROMEDIO FASES	N°	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Entrada	22	10	30	22,35	5,527
Pausa quirúrgica	22	2	14	8,69	3,670
Salida	22	2	8	5,73	1,586
Total	22				

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

En la tabla de análisis de estadística descriptiva realizado en base a las medias (promedios) de acuerdo a las fases de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, se observa que tanto las fases de pausa quirúrgica como salida, se encuentran con promedios inferiores respecto a la fase de entrada, esto indicaría que la deficiencia en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, se ubicaría en estos los momentos de pausa quirúrgica y salida.

GRÁFICO 7

APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA CIRUGÍA SEGURA,
SEGÚN FASES



Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

TABLA 8

RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA CIRUGÍA SEGURA DEL EQUIPO QUIRÚRGICO

1. Análisis descriptivo

En la presente tabla se cruzan los datos correspondientes al conocimiento del equipo quirúrgico (23 personas) y las guías de observación aplicadas en 52 cirugías, para fines de demostrar la tabla descriptiva (frecuencias y porcentajes), se realizó el cruce de datos con 23 guías de observación del total (52).

aplicación de LVCS \ Conocimiento	Deficiente		Eficiente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Bajo	1	1,9	0	0,0	1	1,9
Medio	12	23,1	2	3,8	14	26,9
Alto	0	0,0	8	15,4	8	15,4
Total	13	42,3	10	57,7	23	100,0

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

2. Prueba de correlación de Pearson

Para el análisis de correlación de Pearson se incluyeron los datos cuantitativos del conocimiento del equipo quirúrgico y las 23 guías de observación sobre LVCS

Conocimiento	APLICACIÓN LISTA	
	Correlación de Pearson	,207
Sig. (bilateral)	,343	
N	23	

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

3. Prueba T de Welch

Para la prueba de Welch se incluyen los resultados numéricos del conocimiento del equipo quirúrgico (23 personas) con los resultados de las 52 guías de observación de la LVCS.

Prueba de muestras independientes					
	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	t	gl	Significación (2 colas)
No se asumen varianzas iguales	-6,000	,961	-6,247	71,427	,000
Prueba de Hartley de varianzas iguales: F = 3.858, Sig. = 0.0004					

Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora

INTERPRETACIÓN

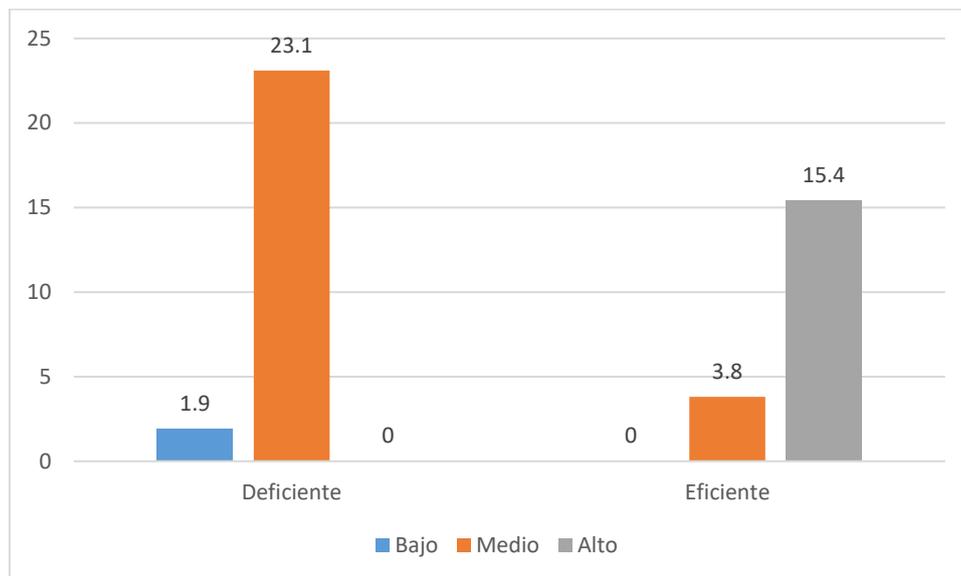
En la tabla descriptiva, de acuerdo al total de 23 observaciones realizadas aleatoriamente de las 52 realizadas, se identifica que 26.9% del personal que presentó conocimiento medio respecto a la cirugía segura, en 23.1% se realizó una deficiente aplicación de la lista de verificación, por otro lado, del 15.4% que tiene un conocimiento alto, en 15.4% de las intervenciones quirúrgicas, se realizó una aplicación eficiente de la LVCS.

A la prueba de correlación de Pearson, se observa una relación moderada no significativa entre las variables, sin embargo, de acuerdo a los resultados de la prueba de T de Welch, al ser muestras heterogéneas (varianzas desiguales) se determina que las variables presentan diferencias significativas.

Se deduce que el conocimiento que presenta el personal de salud respecto a cirugía segura presenta una relación directa con la aplicación de la lista de verificación, esto significaría que a mayor conocimiento del personal se presentará una eficiente aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura (Prueba T de Welch $P < 0.05$).

GRÁFICO 8

RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA CIRUGÍA SEGURA

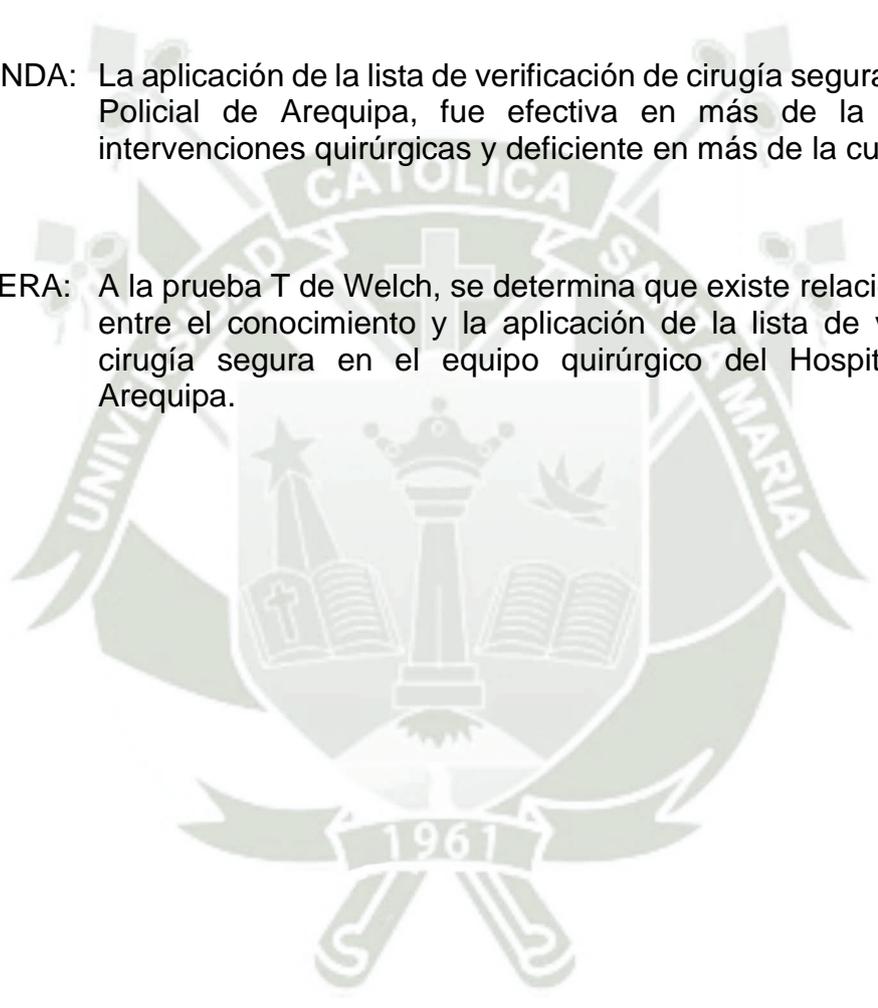


Fuente: Instrumento aplicado por la investigadora



CONCLUSIONES

- PRIMERA: El nivel de conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en más de la mitad del equipo quirúrgico del Hospital Policial de Arequipa, es de nivel medio, en más de la cuarta parte alto y bajo en una minoría.
- SEGUNDA: La aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el Hospital Policial de Arequipa, fue efectiva en más de la mitad de las intervenciones quirúrgicas y deficiente en más de la cuarta parte.
- TERCERA: A la prueba T de Welch, se determina que existe relación significativa entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico del Hospital Policial de Arequipa.



RECOMENDACIONES

- PRIMERA: A la jefatura de Centro Quirúrgico del hospital policial arequipa, se recomienda realizar talleres de retroalimentación teórica respecto a cirugía segura y su importancia en la seguridad del paciente quirúrgico, dado que el estudio evidencia que el 60.9% del equipo de salud presentó un conocimiento medio sobre cirugía segura.
- SEGUNDA: A la jefatura de Centro Quirúrgico del hospital policial arequipa,, se recomienda, en base a los resultados expuestos por este estudio, la formulación de un plan de mejora continua, respecto a estrategias para el fortalecimiento de las capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales en cirugía segura, al personal de salud de sala operaciones, dado que el estudio muestra que del 60.9% de personal que tiene un conocimiento regular sobre cirugía segura, en 52.2% de las intervenciones quirúrgicas, se realiza una aplicación deficiente en la LVCS.
- TERCERA: A la Dirección médica del Hospital Policial de Arequipa, se sugiere, implementar auditorías internas para la monitorización en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el servicio de Centro Quirúrgico, puesto que el estudio demuestra que el 42.3% de las intervenciones presentó una deficiente aplicación de la LVCS.

- Española de Cirujanos [Internet]. Cirugía del Paciente Politraumatizado. 2017. 70–81 p. Available from: <https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/libro-trauma-aec-web.pdf>
13. MINSA. Directiva sanitaria de rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud [Internet]. 2020. Available from: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/574913/RM_163-2020-MINSA_Y_ANEXOS.PDF
 14. Herrera D, Delgado D, Mesa M. Acciones del anestesiólogo ante la COVID-19. Rev Cuba Anestesiología y Reanim [Internet]. 2022;21(1). Available from: <http://revanestesia.sld.cu/index.php/anestRean/article/view/781>
 15. Leiva L. Cuidado de enfermería en el quirófano aplicando técnica aséptica. 1st ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2018.
 16. IETSI E. Recomendaciones para realizar procedimientos quirúrgicos en el marco de la pandemia por Covid-19 [Internet]. Essalud. 2020 [cited 2021 Dec 5]. p. 44. Available from: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/Recomendaciones_procedimientos_quirurgicos_COVID19.pdf
 17. Tovar L, Lozano A. “Nivel De Ansiedad Pre-Quirúrgica Del Paciente Sometido a Cirugía Programada En El Hospital Ii Essalud, Pucallpa – Ucayali 2020” [Internet]. Repositorio institucional - USS. Ucayali: Universidad Nacional de Ucayali; 2020. p. 109. Available from: http://repositorio.unu.edu.pe/bitstream/handle/UNU/4660/UNU_ENFERMERIA_2020_T2E_LIZ-TOVAR_ANGELA-LOZANO.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 18. Sancho Maraver E. Zero surgical infection. Safe surgery. Cirugía Andaluza [Internet]. 2021;32(3):390–7. Available from: https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2021/Cir_Andal_vol32_n3_09.pdf
 19. Pereira J, Costa M. Implantação da lista de verificação de cirurgia segura: revisão integrativa. Flobal Acad Nurs [Internet]. 2021;2(3):12–22. Available from: <https://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/271>
 20. OMS. Calidad y seguridad del paciente [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 22]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
 21. MINSA. Guía técnica de implementación de la verificación de la seguridad de la cirugía [Internet]. [cited 2022 Jan 12]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1827.pdf>
 22. Woodman N, Walker I, Duarte J. Lista de verificación de la seguridad quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. World Federation of societies of anaesthesiologists. 2020 [cited 2022 Jan 13]. Available from: <https://resources.wfsahq.org/atotw/lista-de-verificacion-de-la-seguridad-quirurgica-de-la-organizacion-mundial-de-la-salud/>
 23. Da Cruz E, De Abreu D, Serafim L. Eficácia e aplicabilidade do check list de cirurgia segura como ferramenta de prevenção de cirurgia em local errado. Cad Camilliani [Internet]. 2020;17(4). Available from: <http://www.saocamiloes.br/revista/index.php/cadernoscamilliani/article/view/455>

24. Haro-Haro D, Chafloque A. Cirugía centrada en la persona. Diagnostico [Internet]. 2021;60(1). Available from: <http://142.44.242.51/index.php/diagnostico/article/view/272>
25. Beordo J. Segurança do paciente por meio da aplicação adequada do checklist de cirurgia segura. Reflexao [Internet]. 2021;2(1). Available from: <https://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/122>
26. Favaro E, Fernandes DR, Vieira LG, Margatho AS, Mendes KDS, Silveira RC de CP. Postoperative complications in adult patients undergoing surgery with confirmed infection by SARS-CoV-2: An integrative review. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2021;29. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/vb67vPLwR9wHKnCWwRSJNSr/abstract/?lang=es>
27. Arnal-Velasco D, Planas-Roca A, García-Fernández J, Morales-Conde S. Programación de cirugía electiva segura en tiempos de COVID-19. La importancia del trabajo colaborativo. Rev Esp Anestesiol Reanim [Internet]. 2021 Feb;68(2):62–4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7832668/>
28. Azevedo DKL, Silva CMP da, Maia AL. O papel da gestão de enfermagem na implementação da meta de cirurgia segura: uma revisão de literatura. Res Soc Dev [Internet]. 2021 Nov 14;10(14):e584101422711. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22711>
29. Araujo TR de, Silva JLG da, Passos ER dos, Secundo CO. Atuação do enfermeiro no protocolo de cirurgia segura: uma intervenção no pronto socorro. Rev Eletrônica Acervo Saúde [Internet]. 2021 Jul 16;13(7):e8202. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/8202>
30. Mamanchura N, Vizcarra J. Calidad de los registros de enfermería y los factores que influyen al personal de URPA – Centro Quirúrgico del Hospital Regional de Moquegua, 2019 [Internet]. Moquegua: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2021. Available from: <http://tesis.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/4351>
31. Macedo M. Nivel de conocimiento y aplicación de la cirugía segura, personal de salud de centro quirúrgico. Hospital Aplao-Arequipa, 2019 [Internet]. Arequipa, Perú: Universidad Católica de Santa María; 2021. Available from: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2860809>
32. Lazo H, Torres Y. Experiencias en la aplicación de la hoja de cirugía segura en enfermeras del Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2017 [Internet]. Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín; 2017. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/2431>
33. Chavez E. Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en las enfermeras de centro quirúrgico en el hospital nacional Arzobispo Loayza [Internet]. Lima, Perú: Universidad Norbert Wiener; 2021. Available from: <http://190.187.227.76/handle/20.500.13053/5413>
34. Palomino M, Machuca M, Munayco R. Relación entre aplicación y utilidad de la lista de verificación de cirugía segura. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2020;36(4). Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3262>
35. Torres A. Cumplimiento de lista de verificación de cirugía segura. Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión - Huancayo [Internet].

- Huancayo, Perú: Universidad San Martín de Porres; 2017. Available from: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2852024>
36. Russo M, Tizón E, Pesado J. Evaluación del conocimiento de los profesionales sanitarios de quirófano sobre el listado de verificación quirúrgica en el área sanitaria de Ferrol. ENE Rev enfermería [Internet]. 2021;15(3). Available from: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1201>
37. Ramos A, De Anton R, Guidi E, Delor S. Implementación del listado de verificación preoperatorio de enfermería para cirugía segura. JONNPER [Internet]. 2020;5(8). Available from: <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/3386>
38. Moreta D. Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la OMS (OMS) en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo [Internet]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2015. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4753/1/T-UC-0006-131.pdf>
39. Vasquez M. Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el Centro Quirúrgico del Hospital Belén - Trujillo, 2020 [Internet]. Trujillo, Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2020. Available from: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/61504>





ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO....., personal profesional del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Cívico Policial, he sido informado (a) sobre los aspectos que conciernen al trabajo de investigación: **“Relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico del Hospital Policial de Arequipa, 2022.”**, se me ha explicado el objetivo de la investigación y entiendo que la información que se proveerá en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima.

Por lo tanto, autorizo de forma voluntaria y doy mi consentimiento para que se me apliquen los instrumentos propios de la investigación.

Arequipa _____, _____ del 2022.

FIRMA

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

Autora: Moreta D(38), adaptado por Vasquez M(39).

Instrucción: Estimado participante, a continuación, se presentan una serie de preguntas sobre la lista de verificación de cirugía segura, por favor sírvase marcar una opción correcta, por cada pregunta. Gracias

Por favor indique sus datos generales:

1. Edad: _____
 2. Sexo : Masculino () Femenino ()
 3. Grupo ocupacional : Médico () Enfermero ()
 4. Tiempo de servicio en Centro Quirúrgico: _____
 5. Título de especialista: Si () No ()
-

1. ¿A qué se refiere la LVCS?

- a. Es un documento 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 LVCS?

- 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 equipo quirúrgico y paciente.

3. ¿Qué miembro del equipo quirúrgico es el responsable de aplicar la LVCS?

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

4. La LVCS señale verdadero o falso

Es obligatorio que los miembros del equipo se presenten por su nombre y función.
Verdadero () Falso ()

5. Es opcional la demarcación del sitio donde se realizará la incisión.

Verdadero () Falso ()

6. Si el equipo de anestesia no cuenta con el pulsioxímetro el procedimiento puede continuar con las demás constantes vitales.

Verdadero () Falso ()

7. En la LVCS consta la profilaxis antibiótica y lo ideal debería ser:
 - a. 24 horas antes de la incisión.
 - b. 60 minutos antes de la incisión.
 - c. 30 minutos antes de la incisión.
 - d. No importa en el momento de administración.

8. La LVCS consta:
 - a. El enfermero (a) circulante confirma en voz alta el correcto etiquetado con nombre del paciente de toda muestra anatomo - patológica obtenida en la intervención quirúrgica.
 - b. La rotulación incorrecta de la muestra anatomo - patológica no afecta al paciente ya que estas son enviadas al laboratorio para confirmación.
 - c. Las muestras anatomo - patológicas no son parte de la LVSC.
 - d. Las muestras anatomo - patológicas son de interés únicamente del cirujano.
9. La LVCS:
 - 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.
10. ¿Qué parámetros mejoraría con la implementación de la LVCS en la institución?
 - a. Ayudaría a disminuir eventos adversos en el paciente y mejoraría la calidad de atención.
 - b. Una lista de pasos a cumplir no es suficiente para disminuir complicaciones.
 - c. Solo la confirmación verbal de ciertos ítems de la lista de verificación es suficiente para disminuir complicaciones.
 - d. Cada profesional debe preocuparse por sus objetivos específicos y por separado.

11. El riesgo de hemorragia equivale a:
 - a. Mayor a 200ml en adultos y 7ml/kg en niños
 - b. Mayor a 400ml en adultos y 7ml/kg en niños
 - c. Mayor a 500ml en adultos y 7ml/kg en niños
 - d. Mayor de 1000ml en adultos y 7ml/kg en niños

12. La vía aérea difícil, riesgo de aspiración y alergia a algún medicamento se confirma:
 - a. Antes de la cirugía
 - b. Durante la cirugía
 - c. Antes de la inducción de anestesia
 - d. Después de la salida del paciente del quirófano

Fuente: Vasquez M. Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el Centro Quirúrgico del Hospital Belén - Trujillo, 2020 (39).

ANEXO 3

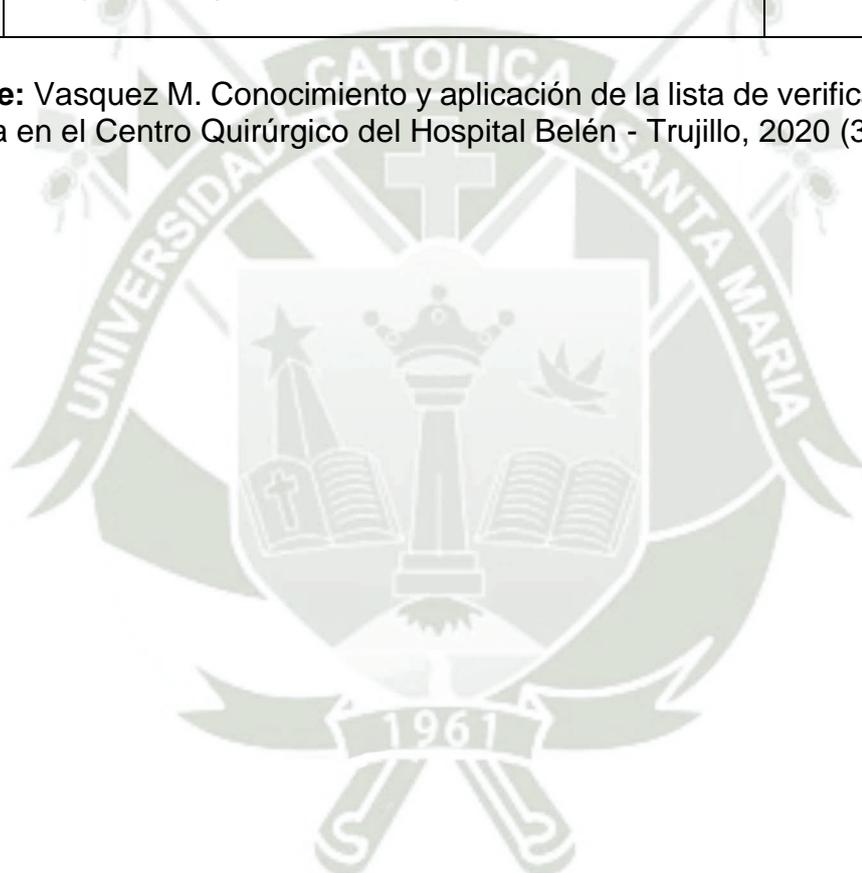
GUIA DE OBSERVACIÓN APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

Autora: Moreta D(38), adaptado por Vasquez M(39).

N°	ÍTEMS	SI	NO
ENTRADA			
1	Confirma la identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y consentimiento del paciente.		
2	Verifica el marcado del sitio quirúrgico (si procede)		
3	Confirma la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica.		
4	Comprueba si se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona		
5	Confirma si paciente tiene alergias conocidas		
6	Confirma si paciente tiene vía aérea difícil / riesgo de aspiración		
7	Confirma si paciente tiene riesgo de hemorragia > 500 ml en adultos y 7 ml/kg en niños.		
PAUSA QUIRÚRGICA		SI	NO
8	Confirma que todos los miembros del equipo se presenten por su nombre y función.		
9	Confirma la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento mencionado por el equipo quirúrgico.		
10	Confirma si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica.		
11	Verifica si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos.		
12	Verifica la confirmación del cirujano: Los pasos críticos o inesperados, duración de la operación, pérdida de sangre prevista		
13	Verifica confirmación de anesthesiólogo: Presenta el paciente algún problema específico.		
14	Verifica la confirmación de la instrumentista: Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores), hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos		
15	Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales (si procede)		
SALIDA		SI	NO

16	Confirma: El nombre del procedimiento, el recuento de instrumentos, <u>gasas y agujas</u> .		
17	Confirma: el etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre de paciente).		
18	Confirma: si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos		
19	Confirma: Cirujano, anestesista y enfermero instrumentista los aspectos críticos de la recuperación y tratamiento de paciente		

Fuente: Vasquez M. Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el Centro Quirúrgico del Hospital Belén - Trujillo, 2020 (39).



ANEXO 4

MATRIZ DE DATOS

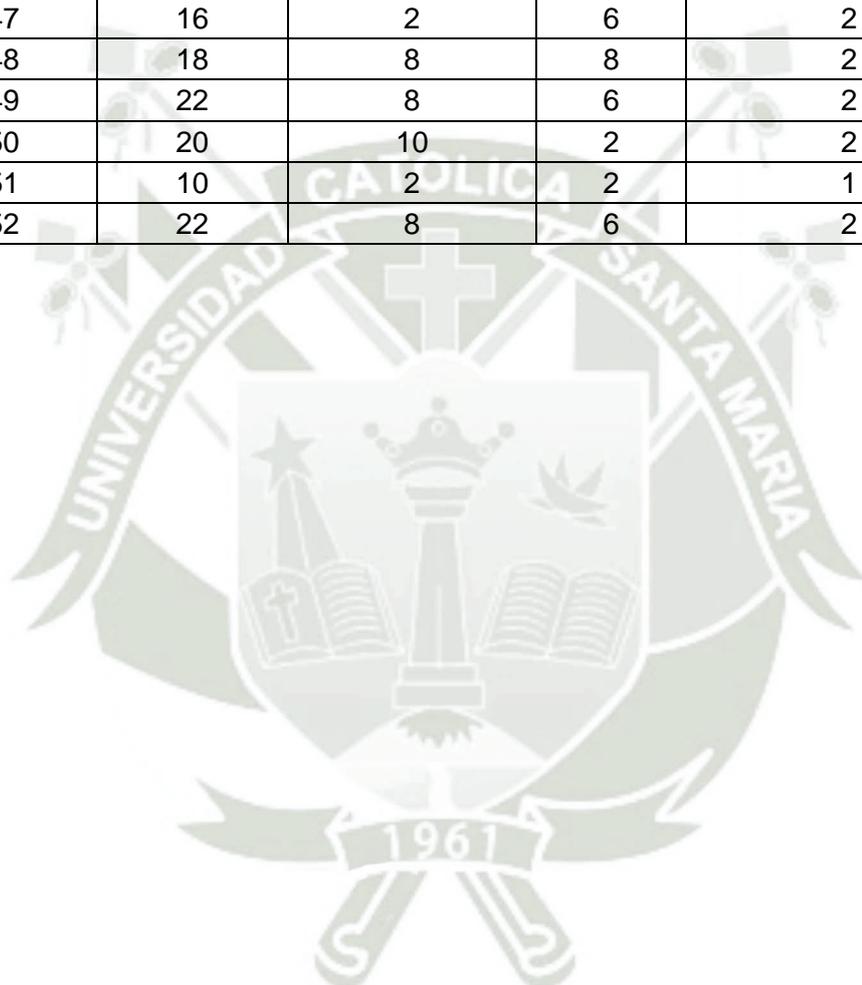
1. Personal de salud

	Edad	Sexo	Grupo ocupacional	Tiempo de servicio	Título de especialista	Conocimiento
1	75	2	2	40	1	3
2	41	2	2	7	1	2
3	58	2	2	12	0	2
4	49	2	2	14	1	3
5	53	2	2	25	1	2
6	38	2	2	6	1	2
7	53	2	2	27	1	3
8	54	2	2	22	1	3
9	43	2	2	8	1	3
10	38	2	2	3	1	3
11	57	2	1	4	0	2
12	47	1	1	12	1	1
13	55	1	1	29	1	2
14	54	1	1	34	1	2
15	39	1	1	11	1	2
16	39	2	1	17	1	2
17	58	1	1	9	1	2
18	41	2	1	14	1	2
19	46	1	1	17	1	2
20	53	2	1	30	1	2
21	60	1	1	35	1	2
22	53	1	1	28	1	3
23	43	1	1	17	1	3

2. Intervenciones quirúrgicas

Intervención Quirúrgica	Entrada	Pausa Quirúrgica	Salida	Aplicación De La LVCS
1	22	10	6	2
2	30	12	6	1
3	28	10	6	1
4	28	10	6	2
5	26	14	6	1
6	26	14	6	1
7	16	2	6	2
8	18	8	8	2
9	22	8	6	2
10	20	10	2	2
11	10	2	2	1
12	10	2	4	1
13	22	8	6	1
14	28	10	8	1
15	24	10	6	1
16	22	8	6	2
17	22	6	6	1
18	22	8	6	2
19	20	6	6	1
20	26	14	6	1
21	28	10	6	1
22	28	10	6	2
23	30	10	8	2
24	26	14	6	1
25	26	14	6	1
26	16	2	6	1
27	18	8	8	1
28	22	8	6	2
29	20	10	2	1
30	10	2	2	2
31	10	2	4	2
32	22	8	6	2
33	28	10	8	1
34	24	10	6	2
35	22	8	6	2
36	22	6	6	2
37	22	8	6	2
38	20	6	6	1

39	26	14	6	1
40	28	10	6	2
41	26	14	6	2
42	28	10	6	2
43	28	10	6	2
44	30	10	8	2
45	26	14	6	2
46	26	14	6	2
47	16	2	6	2
48	18	8	8	2
49	22	8	6	2
50	20	10	2	2
51	10	2	2	1
52	22	8	6	2



ANEXO 5

CONSTANCIA DE APLICACIÓN DEL ESTUDIO

CONSTANCIA

LA QUE SUSCRIBE ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL POLICIAL AREQUIPA.

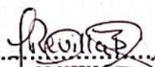
HACE CONSTAR:

Que la LIC. Tapia Guillen Johana Stephanie ha realizado el proyecto de investigación "RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA EN EL EQUIPO QUIRURGICO DEL HOSPITAL POLICIAL AREQUIPA 2022."

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada y para los fines académicos que crea por conveniente.

Arequipa, 22 de Agosto del 2022

TRB.


OS-397705
Teresa REVILLA BERNAL
MAY. S PNP
JEFE DE ENFERMERIA CENTRO QUIRURGICO
HOSPITAL REGIONAL POLICIAL AREQUIPA

