

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Odontología
Escuela Profesional de Odontología



“NIVEL DE CONOCIMIENTO RESPECTO A LA APLICACIÓN DE LA “LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA” DE LOS ALUMNOS DE 7MO Y 9NO SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, 2020”

Tesis presentada por la Bach.:

Alcocer Becerra Melany Fiorela

Para optar el título profesional de:

Cirujano Dentista

Asesor: **Dr. Baldárrago Salas Wilmer**

Arequipa-Perú

2020

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ODONTOLOGIA
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR DE TESIS

Arequipa, 01 de Noviembre del 2020

Dictamen: 001818-C-EPO-2020

Visto el borrador de tesis del expediente 001818, presentado por:

2015700402 - ALCOCER BECERRA MELANY FIORELA

Titulado:

**?NIVEL DE CONOCIMIENTO RESPECTO A LA APLICACION DE LA ?LISTA DE
VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA? DE LOS ALUMNOS DE
7MO Y 9NO SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA,
2020?**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**0788 - CHAVEZ OBLITAS EDITH ANGELICA
DICTAMINADOR**



**2085 - ROJAS VALENZUELA CHRISTIAN VICENTE
DICTAMINADOR**



**2163 - SALAS ROJAS MONICA HILDA CLEOFE
DICTAMINADOR**





Dedicatoria

En primer lugar, agradecer a Dios por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida académica profesional.

Agradecer a mi padre Julio por todo el apoyo incondicional, por ser mi mayor admiración, por estar presente en todo paso que doy y por su gran amor.

A mi madre Paty, por ser mamá y amiga, por creer en mí, por ser mi primera paciente y por estar conmigo en todo momento.

A mi hermano André por todo su amor y motivación de cada día.

A Miguel Ángel, por su apoyo en todo momento de dificultad y por ser mi mejor compañero.



Agradecimientos

Agradecer a mis asesores, Dr. Julio Alcocer, docente de postgrado de la UCSM y Dr. Willmer Baldárrago, docente de la Facultad de Odontología de la UCSM; por el apoyo en cada avance de esta tesis.

A mis jurados, quienes me permitieron realizar este trabajo de investigación.



RESUMEN

En el presente estudio comparamos el nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía” de los alumnos del 7mo y 9no semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa María. Se realizó un estudio de comparación de corte transversal.

Método: Las variables han sido investigadas y se utilizó como instrumento un cuestionario con preguntas aplicadas a los alumnos del 7mo y 9no semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María y para su procesamiento se requirió de la prueba de Chi².

Esta investigación tiene como **objetivo general** comparar el nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía” de los alumnos de 7mo y 9no semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María

La población estuvo conformada por un total de 120 alumnos , 60 del 7mo semestre y 60 del 9no semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María., cuyos **resultados** fueron: Los resultados encontrados manifiestan que si existe diferencia de los alumnos de 7mo y 9no semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María, 2020, y se puede apreciar que el 7mo semestre presenta un índice más elevado con el nivel medio con el 62.2%% en comparación del 9no semestre que presenta un nivel de 43.3%, y en proyecciones de nivel regular en el 9no semestre con el 11.1% y en 7mo es menor el índice de solo el 2.2%, al final con índices menores tenemos a nivel bajo con el 12.2% en el 9no semestre y 2.2 en el 7mo semestre, los resultados muestran una mejor proyección en el 7mo semestre. .

Los resultados encontrados en el estadígrafo del chi cuadrado muestran un valor de $\chi^2 = 3.305$, la cual está dentro de los parámetros de aceptación (χ^2 limite 3.448), así mismo el valor de la significancia hallada es de $p=0.020$ menor al parámetro limite ($p<0.05$) por ende se acepta la diferencia entre los grupos analizados.

Palabras Clave: Cirugía Segura, Lista de verificación, Cirugía maxilofacial

ABSTRACT

In this study, we made a comparison of the level of knowledge regarding the application of the "Surgical Safety Checklist" of the 7th and 9th semester students of the Faculty of Dentistry of the Catholic University of Santa Maria. A cross-sectional comparison study was conducted.

Method: The variables have been investigated and a questionnaire with questions applied to the students of the 8th and 10th semester of the Faculty of Dentistry of the Catholic University of Santa Maria was used as an instrument, and for its processing the Chi2 test was required.

The **general objective** of this research is to determine Compare the level of knowledge regarding the application of the "Surgical Safety Checklist" of the 7th and 9th semester students of the Faculty of Dentistry of the Catholic University of Santa Maria

The population consisted of a total of 120 students, 60 from the 8th semester and 60 from the 10th semester of the Faculty of Dentistry of the Catholic University of Santa Maria, whose results were: The results found show that if there is a difference between the students of 7th and 9th semester of the Faculty of Dentistry of the Catholic University of Santa Maria, 2020, and it can be seen that the 7th semester presents a higher rate with the average level with 62.2% compared to the 9th semester that presents a level of 43.3%, and in regular level projections in the 9th semesters with 11.1% and in the 7th the rate is only 2.2% lower, at the end with lower rates we have a low level with 12.2% in the ninth semester and 2.2 in the seventh semester, the results show a better projection in the seventh semester. .

The **results** found in the chi square statistic show a value of $\chi^2 = 3.305$, which is within the acceptance parameters (χ^2 limit 3.448), likewise the value of the significance found is $p = 0.020$ less than the limit parameter ($p < 0.05$), therefore, the difference between the groups analyzed is accepted.

Key Words: Safe Surgery, Checklist, Maxillofacial Surgery

INTRODUCCIÓN:

La seguridad del paciente es considerada una situación importante a nivel de la salud pública, por eso en el 2004 se estableció la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, cuyo fin es alinear a todos los involucrados en una atención de salud bajo la doctrina de seguridad. En la 55 Asamblea Mundial de la salud de la organización mundial de la salud se aprobó la resolución WHA55.18 que define el reto mundial “La cirugía segura salva vidas” de la alianza mundial para la Seguridad del Paciente.

En el contexto de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud para disminuir el número de defunciones, errores u adversidades 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, instaura la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía”, para prever cuestiones de seguridad.

La “Lista de verificación de seguridad” de la cirugía , está formada por 3 partes , cada una de ellas cumple con la función de asegurar la correcta realización de los procesos quirúrgicos , tales como: Antes de la inducción de la anestesia, antes de realizar la incisión quirúrgica , antes de que el paciente salga del quirófano ;las cuales permiten realizar un control riguroso de la intervención quirúrgica y poder realizar una correcta practica anestésica, evitar infecciones quirúrgicas evitables y evitar la escasa comunicación entre los miembros de los equipos quirúrgicos.

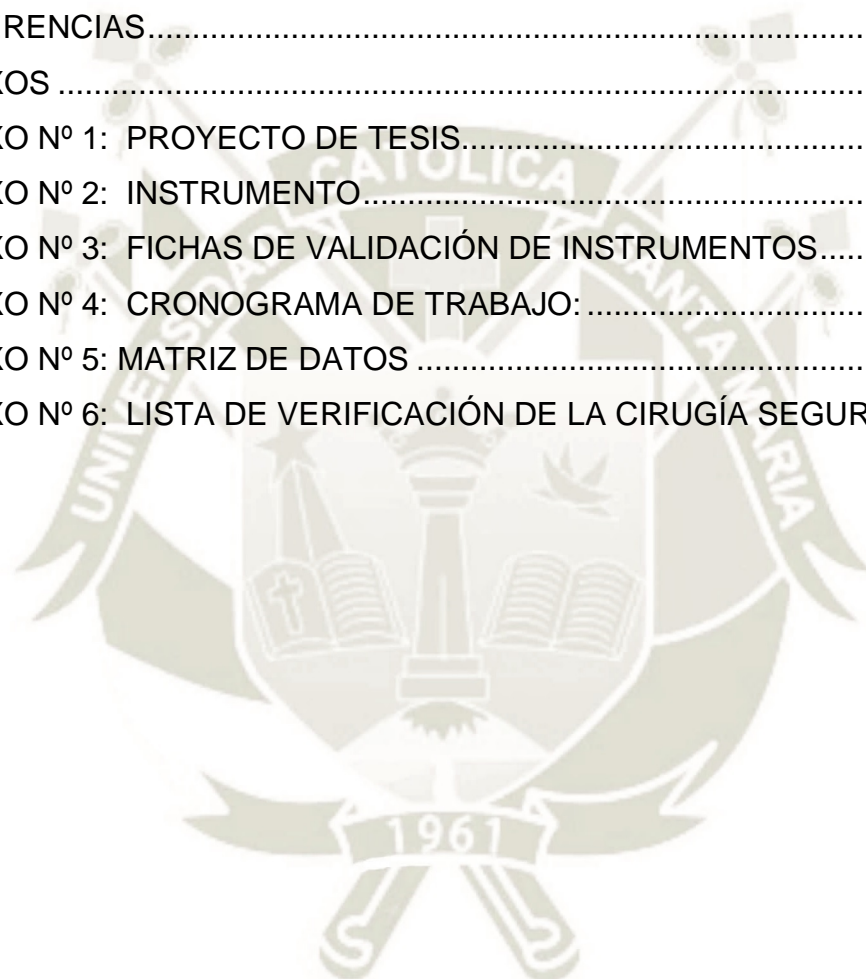
En este sentido, los servicios médicos a nivel nacional y las universidades de formación profesional deben fortalecer en los profesionales, estudiantes y profesionales de la salud a nivel nacional, incluyendo el área de odontología, la mejora de la calidad; priorizando la gestión de riesgos y vigilar la seguridad de las prestaciones, a través de herramientas como la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía”, cuya implementación disminuye la ocurrencia de eventos adversos.

ÍNDICE

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN:	vii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.2. ENUNCIADO.....	3
1.3. DESCRIPCIÓN.....	3
1.3.1. Área del Conocimiento.....	3
1.3.2. Operación de Variables.....	3
1.3.3. Interrogantes Básicas	4
1.3.4. Taxonomía de la Investigación	4
1.4. JUSTIFICACIÓN	5
2. OBJETIVOS.....	6
2.1. Objetivo general.	6
3. MARCO CONCEPTUAL.....	7
3.1. CONCEPTOS BÁSICOS.....	7
3.1.1. CIRUGÍA SEGURA:.....	7
3.1.2. ESTRATEGIA DE CIRUGÍA LIMPIA:.....	8
3.1.3. ESTRATEGIA DE ANESTESIA SEGURA.....	9
3.1.4. ESTRATEGIA DE PROFESIONALES SEGUROS	10
3.1.5. PAUSA QUIRÚRGICA.....	10
3.1.6. BARRERA DE SEGURIDAD	10
3.1.7. SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	12
3.1.8. COMPLICACIÓN	12
3.1.9. EVENTO ADVERSO.....	13
3.1.10. EFECTO ADVERSO.....	13
3.1.11. INCIDENTE	13
3.1.12. EVENTO CENTINELA.....	14
3.1.13. RIESGO.....	14
3.2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	15
3.2.1. ANTECEDENTES REGIONALES	15

3.2.2.	ANTECEDENTES NACIONALES.....	16
3.2.3.	ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	18
4.	HIPÓTESIS:	21
	CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	22
1.	TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	23
1.1.	TÉCNICA.....	23
1.1.1.	Especificaciones de la técnica:	23
1.1.2.	Esquema de variable.	23
1.1.3.	Descripción de la técnica.	24
1.2.	Instrumentos.....	24
1.2.1.	Instrumentos documentales:.....	24
1.2.2.	Instrumentos mecánicos.....	24
1.3.	Informáticos.....	24
2.	CAMPO DE VERIFICACIÓN	25
2.1.	Ubicación espacial:.....	25
2.2.	Ubicación temporal:.....	25
2.3.	Unidades de estudio.....	25
2.3.2.	Identificación de los grupos	25
2.3.3.	Criterios de inclusión.....	25
2.3.4.	Criterios de exclusión.....	25
3.	ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN:.....	25
3.1.	Organización:	25
3.2.	Recursos:	26
3.2.1.	Recursos Humanos:	26
3.2.2.	Recursos informáticos:	26
3.2.3.	Recursos Financieros:	26
3.3.	Validación del Instrumento	26
4.	ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS:	26
4.1.	Plan de procesamiento.....	26
4.1.1.	Tipo.....	26
4.1.2.	Operaciones del procesamiento	26
4.2.	Plan de Análisis.....	27
4.2.1.	Metodología del análisis	27
4.2.2.	Modalidades interpretativas	27

4.2.3. Operaciones para interpretar los cuadros.....	27
4.2.4. Niveles de Análisis.....	28
4.2.5. Tipo de Análisis	28
CAPÍTULO III: RESULTADOS	29
DISCUSIÓN	80
CONCLUSIONES.....	83
RECOMENDACIONES	84
REFERENCIAS.....	85
ANEXOS	89
ANEXO Nº 1: PROYECTO DE TESIS.....	90
ANEXO Nº 2: INSTRUMENTO.....	110
ANEXO Nº 3: FICHAS DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS.....	113
ANEXO Nº 4: CRONOGRAMA DE TRABAJO:.....	117
ANEXO Nº 5: MATRIZ DE DATOS	119
ANEXO Nº 6: LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA CIRUGÍA SEGURA	122



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla Nº 1:	ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA, ¿Debe confirmarse la identidad del paciente?	30
Tabla Nº 2:	ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA, ¿se debe marcar el sitio de la intervención?	32
Tabla Nº 3:	ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA, ¿se requiere el consentimiento de un familiar obligatoriamente?	34
Tabla Nº 4:	ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA, ¿se debe realizar una inspección formal de los materiales y riesgo anestésico?	36
Tabla Nº 5:	ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA, ¿es necesario verificar la permeabilidad de la vía aérea?	38
Tabla Nº 6:	ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA, ¿se debe confirmar SI el riesgo de hemorragia es <500ml, en adultos?	40
Tabla Nº 7:	ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA, ¿todos los miembros del equipo quirúrgico deben presentarse?	42
Tabla Nº 8:	ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA, ¿Se deben indicar los antecedentes del paciente?	44
Tabla Nº 9:	ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA, ¿el cirujano debe indicar cuánto dura el procedimiento?	46
Tabla Nº 10:	ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA, Se debe contabilizar el equipo incluyendo gasas y equipo de emergencia?	48
Tabla Nº 11:	ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA, ¿Se realiza la prevención de eventos críticos, solo con el cirujano?	50
Tabla Nº 12:	ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA, ¿Los enfermeros estrictamente pasan el instrumental?	52
Tabla Nº 13:	ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA, ¿El equipo está conformado por cirujano, enfermera y anestesia?	54
Tabla Nº 14:	ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO, ¿El cirujano confirma verbalmente el procedimiento realizado?	56
Tabla Nº 15:	ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO, ¿El anestesista confirma el etiquetado de la muestra?	58

Tabla N° 16: ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO, ¿El enfermero debe confirmar el recuento de instrumentos y gases cuando el cirujano dejó la sala?	60
Tabla N° 17: ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO, ¿Se debe mencionar cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y del tratamiento del paciente?	62
Tabla N° 18: ¿ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO, el enfermero debe mencionar en voz alta si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y el equipo?.....	64
Tabla N° 19: ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO, ¿Los odontólogos deben usar la hoja de verificación de cirugía segura?66	
Tabla N° 20: ¿Si usted observa alguna irregularidad en el desarrollo de la hoja, lo reportaría?.....	68
Tabla N° 21: ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA	70
Tabla N° 22: ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA.....	72
Tabla N° 23: ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DE EL QUIROFANO	74
Tabla N° 24: “Nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía” de los alumnos de 7mo y 9no semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María, 2020”.....	76
Tabla N° 25: “Nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía” de los alumnos de 7mo y 9no semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María, 2020”.....	78

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA, ¿Debe confirmarse la identidad del paciente?	31
Gráfico N° 2: ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA, ¿se debe marcar el sitio de la intervención?	33
Gráfico N° 3: ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA, ¿se requiere el consentimiento de un familiar obligatoriamente?	35
Gráfico N° 4: ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA, ¿se debe realizar una inspección formal de los materiales y riesgo anestésico?	37
Gráfico N° 5: ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA, ¿es necesario verificar la permeabilidad de la vía aérea?	39
Gráfico N° 6: ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA, ¿se debe confirmar SI el riesgo de hemorragia es <500ml, en adultos?	41
Gráfico N° 7: ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA, ¿todos los miembros del equipo quirúrgico deben presentarse?	43
Gráfico N° 8: ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA, ¿Se deben indicar los antecedentes del paciente?	45
Gráfico N° 9: ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA, ¿El cirujano debe indicar cuánto dura el procedimiento?	47
Gráfico N° 10: ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA, ¿Se debe contabilizar el equipo incluyendo gases y equipo de emergencia?	49
Gráfico N° 11: ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA, ¿Se realiza la prevención de eventos críticos, solo con el cirujano?	51
Gráfico N° 12: ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA, ¿Los enfermeros estrictamente pasan el instrumental?	53
Gráfico N° 13: ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA, ¿El equipo está conformado por cirujano, enfermera y anestesia?	55
Gráfico N° 14: ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO, ¿El cirujano confirma verbalmente el procedimiento realizado?	57
Gráfico N° 15: ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO, ¿El anestesista confirma el etiquetado de la muestra?	59

Gráfico N° 16: ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO, ¿El enfermero debe confirmar el recuento de instrumentos y gases cuando el cirujano dejó la sala?	61
Gráfico N° 17: ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO, ¿Se debe mencionar cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y del tratamiento del paciente?	63
Gráfico N° 18: ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO, ¿El enfermero debe mencionar en voz alta si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y el equipo?.....	65
Gráfico N° 19: ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO, ¿Los odontólogos deben usar la hoja de verificación de cirugía segura?.....	67
Gráfico N° 20: ¿Si usted observa alguna irregularidad en el desarrollo de la hoja, lo reportaría?.....	69
Gráfico N° 21: ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA	71
Gráfico N° 22: ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA.....	73
Gráfico N° 23: ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO	75
Gráfico N° 24: “Nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía” de los alumnos de 7mo y 9no semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María, 2020”.....	77
Gráfico N° 25: “Nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía” de los alumnos de 7mo y 9no semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María, 2020”.....	79



CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

El problema de investigación se realizó teniendo en consideración que actualmente los cirujanos dentistas requieren de una preparación científica y tecnológica acorde con las exigencias coyunturales actuales, es decir una adecuada formación profesional y un conocimiento real irrestricto de las normativas protocolos y guías de procedimientos establecidas por el ente rector de salud a nivel nacional que es el Minsa, los cuales obedecen a políticas de salud internacionales dadas por la OMS.

Los profesionales de la odontología somos responsables de no solamente los procedimientos que realizamos, sino que cada vez que un paciente consiente un procedimiento para su tratamiento coloca su vida bajo nuestra responsabilidad; es por ello que se requiere de una serie de instrumentos que permitan garantizar el buen término del tratamiento odontológico y la seguridad del paciente.

La hoja de verificación de cirugía segura es un instrumento sencillo, viable y muy efectivo para contribuir en garantizar procedimientos seguros para nuestros pacientes. Haciéndose necesario el conocimiento difusión y aplicación de esta lista de verificación desde la etapa formativa de los futuros profesionales de la odontología con lo cual se asegurará la completa formación académica practica de los alumnos de la facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María.

1.2. ENUNCIADO

“Nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía” de los alumnos de 7mo y 9no semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María, 2020

1.3. DESCRIPCIÓN.

1.3.1. Área del Conocimiento

- **Área general** : Ciencias de la salud
- **Área Específica** : Odontología
- **Especialidad** : Cirugía Bucal y Maxilofacial
- **Línea** : Cirugía Segura

1.3.2. Operación de Variables

CUADRO DE ANÁLISIS DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADORES	SUBINDICADORES	
Situacional: Nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía”	<input type="checkbox"/> Antes de la inducción de la anestesia	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> 20-14
		<input type="checkbox"/> Medio	<input type="checkbox"/> 13-7
		<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> 6-0
	<input type="checkbox"/> Antes de la incisión cutánea	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> 20-14
		<input type="checkbox"/> Medio	<input type="checkbox"/> 13-7
		<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> 6-0
	<input type="checkbox"/> Antes de que el paciente salga del quirófano	<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> 20-14
		<input type="checkbox"/> Medio	<input type="checkbox"/> 13-7
		<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> 6-0

1.3.3. Interrogantes Básicas

- a. ¿Cuál es el nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía” de los alumnos de 7mo semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María?
- b. ¿Cuál es el nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía” de los alumnos de 9no semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María?
- c. ¿Cuál es la similitud entre el nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía” de los alumnos de 7mo y los alumnos de 9no semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María?

1.3.4. Taxonomía de la Investigación

ABORDAJE	TIPO DE ESTUDIO					DISEÑO	NIVEL
	Por la técnica de recolección	Por el tipo de dato	Por el número de medición de variable	Por el número de muestras	Por el ámbito de recolección		
CUANTITATIVO	Observacional	Prospectivo	Transversal	Descriptivo	Documental	No experimental	Comparativo
						Descriptivo	

1.4. JUSTIFICACIÓN

La investigación a mostrar es justificada por varias razones:

➤ **IMPORTANCIA CIENTÍFICA**

La presente investigación ayudara a recolectar información necesaria para el proceso de optimización del manejo de los procedimientos quirúrgicos y del empleo de la anestesia en beneficio de los pacientes, acorde con la normativa vigente.

➤ **ACTUALIDAD**

Desde la creación de la superintendencia nacional de salud, en el año 2015 se vienen implementando normas técnicas y procedimientos estandarizados internacionalmente, es así que la presente investigación está acorde a los estándares internacionales recientemente dados para la aplicación de la Hoja de cirugía segura.

➤ **VIABILIDAD**

Es viable porque se aplicará en los alumnos de 7mo y 9no semestre de la Facultad de odontología de la UCSM, debido a que ellos realizan sus prácticas clínicas con pacientes y realizan procedimientos quirúrgicos, siendo indispensable el conocimiento y manejo de los protocolos estandarizados para dichos procesos. La poca cantidad de recursos necesarios para realizar esta investigación la hacen viable, y también el tiempo necesario es corto, mediante la aplicación del instrumento (cuestionario) basada en la Normativa de aplicación de la Hoja de cirugía segura, y se aplica conjuntamente a los alumnos de 7mo y 9 no semestre siendo así en in tiempo corto y limitado.

➤ **UTILIDAD**

Esta investigación sirve para verificar el conocimiento sobre la aplicación de la Hoja de cirugía segura de todos los alumnos de la Facultad de Odontología de la UCSM, pudiendo corroborar la preparación en el campo de cirugía y así lograr que los egresados cumplan con la normativa que establece el MINSA y evitar lesiones y contratiempos al momento de realizar intervenciones quirúrgicas.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general.

Determinar la similitud del nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía” de los alumnos de 7mo y 9no semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María

2.2. Objetivos específicos

- Evaluar el nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía” de los alumnos de 7mo semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María
- Evaluar el nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía” de los alumnos de 9no semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María

3 MARCO CONCEPTUAL.

3.1. CONCEPTOS BÁSICOS

3.1.1. CIRUGÍA SEGURA:

Las intervenciones quirúrgicas son la elección principal para tratar algunas enfermedades, tratar la sintomatología o reducir la mortalidad de las mismas, sin embargo el paciente que se somete a cirugía está expuesto a eventos adversos, los cuales se pueden evitar o reducir para garantizar su salud y bienestar. Es así que más del 50% de los eventos adversos evitables que podrían producir muerte o discapacidad se deben a eventos quirúrgicos, siendo esta la problemática en la estandarización de técnicas de anestesia segura, las infecciones quirúrgicas evitables y la falta de comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico. Siendo así estos los problemas habituales que pueden provocar daños considerables.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) dentro de sus metas para mejorar la seguridad del paciente durante el periodo 2015-2020 planteo mejorar la seguridad quirúrgica en los pacientes teniendo cuatro aspectos en consideración:

- Tener una cirugía limpia
- Poder estandarizar una técnica de anestesia segura
- Contar con equipos quirúrgicos seguros
- Tomar medidas y mecanismos para asegurar una buena calidad de atención quirúrgica en el paciente

Los mecanismos que se plantearon para el logro de estos procedimientos se podría lograr a través de la promoción y uso de un instrumento de verificación estandarizado mundialmente de carácter documental denominado “Lista de verificación de cirugía segura”

(LVCS) como prevención ante sucesos adversos asociados a procesos quirúrgicos.

Esto requiere de estrategias específicas multimodales y multidisciplinares que incluyan su adecuada implementación y uso para detectar incidentes en torno al acto quirúrgico. Hablamos de una medida simple, eficiente y efectiva para mejorar la seguridad del paciente en el procedimiento quirúrgico facilitando el cumplimiento del protocolo universal (paciente correcto, procedimiento correcto y sitio correcto) y la prevención de infección del sitio quirúrgico¹

Se estima que la correcta aplicación de la LVCS se asocia a la reducción significativa del 10% de la tasa de complicaciones y muertes, además de brindar una mayor sensación de seguridad y promover una mejor calidad de comunicación entre los profesionales. Siendo así, se puede decir que la LVCS brinda evidencias de buena calidad, en cuanto a las medidas que aumentan la seguridad del paciente quirúrgico; ya que con esto se busca sistematizar los distintos pasos que se dan durante un acto quirúrgico y poder garantizar una mayor seguridad a los pacientes cuando es aplicado correctamente por el equipo quirúrgico².

3.1.2. ESTRATEGIA DE CIRUGÍA LIMPIA:

Según la OMS: “La cirugía limpia se refiere a la normativa de asepsia y bioseguridad que deben respetar los equipos quirúrgicos, en el antes durante y después de una cirugía”³.

Esta incluye la higiene o correcto lavado de manos, el uso apropiado de antibióticos, la adecuada preparación de la piel y cuidado de la herida.

Se tiene en cuenta factores como los antecedentes de dicha patología hasta la adecuada desinfección del instrumental y sobretodo el uso de medicamentos según se requiera para reducir la contaminación de la herida.

Se llega a considerar una cirugía como limpia:

- Cuando el tejido que se va a intervenir no está inflamado.
- Cuando se mantiene la asepsia quirúrgica.
- Cuando no se presenta ningún trauma previo u operación traumatizante.
- Cuando no se encuentra afectado el tracto respiratorio, digestivo ni genitourinario³.

3.1.3. ESTRATEGIA DE ANESTESIA SEGURA

Según la OMS: “La Anestesia Segura es un proceso de verificación que incluye el antes, durante y después de la anestesia, aplicada en una intervención quirúrgica”⁴.

En esta se enfatiza que, para poder cumplir con los parámetros estipulados por la OMS , el Anestesiólogo debe llevar a cabo los protocolos adecuados para la inducción a la anestesia, tales como verificar con el paciente su identidad, revisar el lugar anatómico de la intervención y decir el procedimiento a realizar en voz alta junto con el Cirujano, así como, el consentimiento del paciente para ser operado. Tendrá confirmación visual de la delimitación del sitio quirúrgico (en caso todo lo demás proceda) y que el paciente tenga colocado un pulsioxímetro funcional correctamente. Además, confirmara verbalmente el riesgo de hemorragia, dificultades en el acceso a la vía aérea y reacciones alérgicas del paciente, y si se llevó a cabo una comprobación del optimo funcionamiento del equipo de anestesia.

Es de carácter obligatorio corroborar los siguientes parámetros:

- Contar con la presencia de un anestesiólogo certificado
- Pulsioxímetro funcional y en exelentes condiciones

- Monitorización constante de frecuencia cardíaca y respiratoria del paciente
- Control de presión sanguínea y temperatura estables⁴.

3.1.4. ESTRATEGIA DE PROFESIONALES SEGUROS

El personal presente debe estar entrenado y en constante capacitación, así se puede asegurar que la intervención será realizada en el lugar y paciente correcto, ubicando el lugar de la cirugía antes de que sea realizada y tomando en cuenta los mecanismos de control del dolor necesarios.

Todo el equipo quirúrgico en sala debe aplicar el consentimiento informado y cumplir a cabalidad sus funciones para evitar complicaciones durante el mismo.

Una vez se dé por terminada la intervención es necesario evaluar diariamente a todos los pacientes para poder asegurar el éxito de la Cirugía.

3.1.5. PAUSA QUIRÚRGICA

En lo que se conoce como “Pausa quirúrgica”, cada uno de los miembros del equipo se tiene que presentar por su nombre completo y función. En caso ya hayan operado juntos anteriormente en el día, pueden confirmar simplemente que la totalidad de los presentes en la sala se conocen. Todo el equipo se detendrá antes de la incisión cutánea para confirmar, en voz alta, la realización de la operación correcta, en el paciente y sitio correctos; luego de esto el equipo revisará verbalmente, por turnos, los puntos fundamentales del plan de intervención, usando como guía las preguntas de la LVCS⁵.

3.1.6. BARRERAS DE SEGURIDAD

La OMS las define como: “El conjunto de medidas preventivas, cuyo objeto es proteger la salud y seguridad personal de profesionales y

pacientes, frente a los muchos riesgos atribuidos a agentes biológicos, físicos y mecánicos”.

Estas barreras son restricciones, ya sean administrativas o técnicas que tienen una alta posibilidad de detener el esparcimiento, absorción y efecto de los diferentes agentes contaminantes y así poder evitar el daño a profesionales y pacientes⁶.

Entre estas las principales barreras de seguridad para el profesional incluye:

- Lavado de manos: Utilizando la técnica adecuada, manteniendo el poco contacto y usando los implementos adecuados:
 - * Lavado corto
 - * Lavado medio
 - * Lavado largo
- Limpieza, desinfección, descontaminación y esterilización impidiendo a toda costa el paso del material limpio y estéril por áreas sucias.
- Utilizar la vestimenta quirúrgica apropiada, que en si constituye la barrera más alta y efectiva de protección del profesional y el paciente, pudiendo evitar el contacto con las superficies estériles, el contagio de enfermedades y la aparición de infecciones por patógenos adyacentes.
- El área quirúrgica se divide en tres áreas:
 - * Zona negra: Es la primera zona de restricción. Esta es el área de acceso, aquí se realiza la presentación de los pacientes; se hace el trabajo administrativo relacionado a la cirugía y el personal debe usar la vestimenta reglamentaria como uniforme o mandil. Aquí se prepara al paciente para entrar a la cirugía.

- * Zona Gris: Más conocida como la zona limpia. Todo el personal que entre a esta zona, debe vestir pijama quirúrgico. Deben utilizar gorro descartable; la nariz y la boca se deben cubrir con una mascarilla y se debe cubrir el calzado con botas descartables.
- * Zona blanca: Es el lugar de mayor restricción, ya que aquí se realiza la intervención. Esta tiene requerimientos para su función, como flujo constante de aire, piso resistente al agua, paredes llanas y sin esquinas con recubrimiento de iones de plata y temperatura ambiental de 18 a 23°C⁷.

3.1.7. SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se considera seguridad del paciente a la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud, siendo esto a través del uso de prácticas más óptimas, que aseguren la obtención de resultados óptimos para el paciente⁸.

Esta seguridad es un principio fundamental de atención sanitaria. Ya que hay que considerar un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud.

Para mejorar la seguridad del paciente se requiere de un gran esfuerzo por parte de todo el sistema de salud, que incluye una serie de acciones direccionadas hacia la mejora del desempeño de gestión de la seguridad y control de los riesgos ambientales., entre estos está incluido el control de infecciones, el uso seguro de medicamentos y la seguridad y correcto funcionamiento de los equipos en la práctica clínica prestada a la atención sanitaria⁹.

3.1.8. COMPLICACIÓN

Una complicación puede definirse como un resultado clínico desfavorable, de causa probablemente inherente a condiciones propias del paciente y/o al curso natural de su enfermedad¹⁰.

También se podría decir que la complicación es el agravamiento de una enfermedad o procedimiento médico con una patología intercurrente, que puede ser de aparición espontánea con una relación causal probablemente directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado¹¹.

3.1.9. EVENTO ADVERSO

Es todo accidente que tenga como consecuencia un daño al paciente o que se haya tenido el riesgo de ocasionar daño al mismo, este está directamente relacionado a las condiciones de la asistencia, así como a las del propio paciente. Esto también incluye patologías propias del paciente o patologías a las que estaría propenso, complicaciones por sistema inmunológico débil, alergias, etc.

3.1.10. EFECTO ADVERSO

Este se puede definir como una lesión o un resultado inesperado y no deseado en la salud del paciente, que se asocia directamente con la atención de salud¹².

También se puede definir como un daño causado por un tratamiento quirúrgico, que no se condicione directamente por la enfermedad o dolencia que padece el paciente y que genera un aumento en la estancia hospitalaria, teniendo la posibilidad de incapacitar o incluso, en casos excepcionales, llegar a la muerte del paciente.

3.1.11. INCIDENTE

Es un evento o circunstancia que tuvo la posibilidad de haber producido o que produjo algún daño a un paciente de manera imprevista. Se podría decir que es básicamente un “evento adverso” que no logró causar daño, pero si era susceptible de provocarlo en otras circunstancias o un suceso que puede llegar a favorecer la aparición de un “evento adverso”.

Entre los incidentes más frecuentes en quirófano, se toman en cuenta:

- Las fallas técnicas del equipo de monitorización o de la máquina anestésica.
- Problemas derivados a la administración de drogas.
- Fallas del sistema respiratorio, que en su momento no fueron detectadas por el anesthesiólogo.
- Patologías agregadas del paciente (como pueden ser las fallas multiorgánicas, sepsis, hipotensión arritmias, entre otras.)
- Situaciones derivadas de la propia cirugía.
- Eventos que pueden llegar a pasar pero que son poco frecuentes como las interacciones medicamentosas negativas, anafilaxia, hipertermia maligna o incluso presencia de pseudocolinesterasa atípica, entre otros.

3.1.12. EVENTO CENTINELA

Este es un tipo de evento adverso que produce muerte o algún daño físico o psicológico de carácter severo permanente, que no se encontraba presente con anterioridad y que requiere de tratamiento permanente o incluso de un cambio de estilo de vida.

Estos eventos centinela se consideran lesiones de carácter permanente y de alta severidad como muerte cerebral, hipoxia, infartos cardiacos o paros respiratorios que pueden suscitarse por situaciones adversas y que deben ser tratados inmediatamente, pero si se diera la situación de que no se hayan podido controlar ,por su naturaleza tan agresiva o incluso por tiempos de acción muy cortos, pueden generar efectos definitivos que afecten la salud absoluta del paciente, incluso pudiendo llegar hasta la muerte.

3.1.13. RIESGO

Este es un factor que aumenta la probabilidad de que ocurra algún evento adverso en el sistema de atención de salud.

Se debe resaltar que el riesgo no da por seguro que vaya a haber algún efecto adverso o incluso un accidente, pero si muestra que el equipo médico siempre debe estar preparado ante un evento adverso o considerando el peor de casos los de un efecto adverso¹³.

3.2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.2.1. ANTECEDENTES REGIONALES

- a. RELACIÓN ENTRE EL CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA Y LA GRAVEDAD DE LOS EFECTOS ADVERSOS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA , Arteaga Soto, Mildred Patricia Abigail (Perú) (2020). Con el avance de la ciencia y la complejidad del proceso de atención al paciente que requiere tratamiento quirúrgico, la Organización Mundial de la Salud (OMS) a desarrollado una "lista de verificación quirúrgica segura" para hacer que los pacientes sean menos susceptibles a los efectos adversos; por lo tanto, este estudio intento establecer un estándar que cumpla con la lista y la gravedad de las reacciones adversas. Para esto realizaron un estudio observacional, prospectivo y transversal. Durante el segundo trimestre de 2019, en el servicio de neurocirugía del Hospital Honorio Delgado de Arequipa y aquí se evaluó a los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico, de los cuales cumplieron con la verificación de cirugía segura. Luego, verificaron el rendimiento y la gravedad de las reacciones adversas.; para establecer la relación de las variables ante esto se aplicaron las pruebas estadísticas correspondientes. Se evaluaron 103 casos de pacientes, de entre 25 y 48 años de edad a los cuales se les consulto sobre el cumplimiento de la lista de Verificación de Cirugía Segura donde el 42,7%;si cumplió con todo el protocolo de cirugía segura. A pesar de esto se encontró un 25.2% de efectos adversos en esta poblacion.: En base a los resultados obtenidos se pudo concluir que el cumplimiento de la lista de verificación de

cirugía segura de la OMS, está relacionada con la menor presentación y gravedad de efectos adversos¹⁴.

- b. EXPERIENCIAS EN LA APLICACIÓN DE LA HOJA DE CIRUGÍA SEGURA EN ENFERMERAS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA 2017** Lazo Valer, H. Torres Paucar, Y. Suguey (Perú) (2017) Esta investigación se realizó en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, de Noviembre a Junio del 2017, aquí la población estaba conformada por 45 enfermeras(os). Este estudio fue cualitativo de tipo fenomenológico que tuvo como objetivo identificar, describir y analizar las experiencias de las enfermeras quirúrgicas en la aplicación de la Hoja de Cirugía Segura. Se aplicó una encuesta donde se obtuvo que la mayoría de enfermeras(os) (33.33%) tienen edades entre 58 a 67 años y son de sexo femenino. En cuanto a los años de servicio la mayoría tiene entre 21 a 30 años de servicio, . También se tuvo en cuenta el nivel de experiencia de las enfermeras(os) en base a conocimiento de las mismas sobre Seguridad del Paciente y la Hoja de Cirugía Segura. La Enfermera Instrumentista autora identifica posibilidades de mejora para la aplicación de la Hoja de Cirugía Segura¹⁵.

3.2.2. ANTECEDENTES NACIONALES

- a. NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA POR EL PERSONAL DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO 2015;** Fabiola del Pilar Izquierdo Baca. (Perú) (2015). Aquí vemos que el autor quiere determinar el nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo. Se evaluaron 191 listas de chequeo de cirugía segura anexadas a las historias clínicas de los pacientes post-operados inmediatos. Utilizando como instrumento la lista oficial de chequeo de cirugía segura y una hoja de registro para cada profesional del equipo quirúrgico con escala dicotómica.

Se obtuvo que del 100% de historias clínicas, el 68% no cumple la lista de verificación de cirugía segura (LVCS), y un 32% cumple. Por lo que se puede concluir que a mayoría del personal de centro quirúrgico del Hospital Dos de Mayo no cumple la LVCS, sin embargo un porcentaje significativo cumple; la enfermera realizó el mayor cumplimiento, seguido del anestesiólogo y finalmente el cirujano. Dentro de los ítems de cumplimiento, la enfermera registra que el equipo quirúrgico se presente al paciente según función, sin embargo un porcentaje significativo incumple en registrar la firma de la lista de chequeo; asimismo el anestesiólogo cumple en prever el manejo de la vía aérea; no obstante un porcentaje significativo no cumple que el equipo quirúrgico revise los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente. Finalmente, el cirujano cumple en la verificación de la identidad del paciente, sitio quirúrgico, procedimiento quirúrgico, sin embargo un porcentaje significativo incumple en registrar que el cirujano revise los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista¹⁶.

- b. EXPERIENCIAS DE LAS ENFERMERAS QUIRÚRGICAS EN EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN: CIRUGÍA SEGURA, HOSPITAL III-1 MINSA. CHICLAYO- PERÚ, 2014. W.Figueroa, S. Inoñan, C. Bazán .(Perú) (2014) Esta investigación tuvo como objetivo describir y analizar las experiencias de las Enfermeras Quirúrgicas, en el Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico del Hospital Regional Lambayeque, fueron 11 enfermeras quirúrgicas, la recolección de datos se realizó con una entrevista . El respaldo teórico de la investigación , estuvo constituido por el Manual de Cirugía Segura de la OMS y la Norma Técnica del Ministerio de Salud, Ferrater J, Cuartango R y Rojas S. y J. Watson con su teoría del Cuidado Transpersonal y sus factores de cuidado. Se obtuvieron tres grandes categorías: Primero la experiencia de implementar la Lista de Verificación: Cirugía Segura , beneficios y dificultades; segundo

la responsabilidad compartida y el costo de la omisión de la Lista de Verificación: Cirugía Segura, cada una con sus dos subcategorías; arribando a la consideración principal que existen limitaciones para la correcta aplicación de la hoja, como: falta de concientización, apoyo en la capacitación, responsabilidad e interés; omisión de la firma, rutina¹⁷.

3.2.3. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

- a. NIVEL DE CUMPLIMIENTO Y FACTORES QUE INFLUYEN EN LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA ;D.Rivero García , A.Nolasco González, M.Puntunet Bates, G.Cortés Villarreal. (Mexico) (2012). El segundo reto de la Organización Mundial de la Salud es mejorar la seguridad del paciente en la atención de salud, ya que el 25% de las hospitalizaciones quirúrgicas presentan complicaciones relacionadas con errores técnicos y el 70% de los eventos adversos. Estos se consideran prevenibles; por esta razón la OMS creó la lista de verificación de cirugía segura (LVCS). En esta investigación se realizó una lista de chequeo con 25 ítems con escala dicotómica para determinar nivel y factores de cumplimiento, viabilidad, llenado correcto, marcaje y pausa quirúrgica, también percepción de beneficios para evitar eventos adversos. Los resultados mostraron que el nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura es de 87.97%. El incumplimiento se identificó en marcaje del sitio quirúrgico (9.6%); reporte verbal de consideraciones especiales y situaciones críticas en cirugía (50.6%), aspectos de recuperación (41.0%). El 91.8% del personal considera que la lista es viable; para el 86.3%, proporciona algún beneficio, y el 91.2% considera que evita eventos adversos. Por lo tanto el bajo nivel de cumplimiento se debe a que el proceso se encuentra en una etapa temprana de implementación, que además involucra a cuatro profesionales de la salud, generando falta de continuidad en el llenado correcto de la lista de verificación de cirugía segura¹⁸.

- b. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN 60 PACIENTES; H.Arenas Márquez , J.Hernández Zúñiga, J.Carvajal Morones, J.Jiménez Tornero, I.Baltazar Sánchez ,M.Flores Valenzuela. (México) (2011) En el estudio se aplicó la lista de verificación quirúrgica en 60 pacientes sometidos a cirugía electiva y de urgencia en la especialidad de Cirugía General realizada por el mismo equipo quirúrgico. Los eventos encontrados se clasificaron en alteración del flujo de la cirugía relacionados con factores ambientales, de tecnología e insumos, trabajo en equipo, entrenamiento y procedimientos y otros. En estos 60 pacientes en los que se aplicó la lista de verificación se detectaron 36 eventos que alteraron el flujo normal de la cirugía sin impactar en el paciente y, de éstos, 13 fueron cuasifallas. Estas fueron detectadas como una fuga de Sevorane y fuga de oxígeno en máquinas de anestesia, extravío de una aguja de sutura en el conteo final, que se encontró en cavidad, ropa quirúrgica mal esterilizados con batas húmedas, falla en engrapadora quirúrgica por mal manejo del personal, engrapadoras erróneas para procedimiento a realizar, paciente bajo bloqueo espinal al que no se le sujetaron los brazos y ocasionó contaminación del campo quirúrgico. Todos estos hechos ocasionaron una interrupción del flujo quirúrgico. Por lo que La lista de verificación es una herramienta sumamente útil para la reducción de eventos adversos en un procedimiento quirúrgico¹⁹.
- c. VERIFICACIÓN DE LA LISTA DE CHEQUEO PARA SEGURIDAD EN CIRUGÍA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE; C.Collazos , L.Bermudez , A.Quintero , L.Quintero .;M. Díaz.. (Colombia)(2013) La campaña «Cirugía segura salva vidas» de la OMS que esta basada en la lista de verificación, busca mejorar la seguridad de las cirugías. El Hospital General de Medellín (HGM) implementó la lista de chequeo en junio de 2009. Para este estudio se incluyeron todos los pacientes de cirugía mayor del HGM atendidos en febrero y marzo de 2011. Se preguntaron aspectos de

la lista, verificables por el paciente, y por la percepción de seguridad en este hospital. También se comparó el número de eventos adversos en cirugía antes y después de la implementación de la lista de verificación. En la evaluación los ítems de la lista de verificación se cumplieron en más del 90%, según los pacientes. El de menor cumplimiento (86%) fue el de la presentación completa de los miembros del equipo quirúrgico, incluidas sus funciones. El 97% de los pacientes recomendaron este hospital para intervenciones quirúrgicas. Se observó una reducción de los eventos adversos en cirugía luego de la implementación de la lista de verificación. La aplicación de la lista de verificación de la OMS se cumple en el HGM. La incidencia de eventos adversos disminuyó con su implementación²⁰.

- d. DIFICULTADES EN LA IMPLANTACIÓN DEL CHECK LIST EN LOS QUIRÓFANOS DE CIRUGÍA; V.Soria , A.Newton , A.Da Silva, S.Saturno ; M.Grau . (España) (2012): Para este estudio realizaron un muestreo aleatorio estratificado no proporcional en cada hospital. Se establecieron 10 casos por centro, con un total de 90 intervenciones quirúrgicas. Aquí se evaluara el porcentaje de cumplimiento de las variables de interés a nivel regional y según el hospital, grupos de hospitales según tamaño; el tipo de anestesia (local, regional o general); y el turno de trabajo (mañana o tarde); así como la edad y sexo de los pacientes intervenidos. El listado se encontraba en la historia clínica en 75 casos (83,33%; IC 95%: 78,7-87,5%), y cumplimentado en su totalidad en 25 casos (27,8%; IC 95%: 18,5-37,0%). El porcentaje de ítems cumplimentados fue del 70,1% (IC 95%: 67,9%-72,2%). El porcentaje de cumplimentación varía por hospital desde un 35,8 hasta un 98,9%. La regresión logística mostró como variables significativas el tamaño de hospital (en los hospitales pequeños y medianos es más probable cumplimentar el listado) y operaciones con anestesia local como factor predictor negativo de cumplimentación. El LVQ se utiliza pero no se cumplimenta siempre ni de forma homogénea en todos sus

apartados. Además existe una variabilidad importante entre los distintos hospitales públicos de la Región de Murcia²¹.

4 HIPÓTESIS:

DADO QUE existe un grado de conocimiento sobre la aplicación de la "Lista de verificación de la seguridad de la cirugía" entre los alumnos de 7mo y 9no semestre.

ES PROBABLE que en los alumnos de 7mo y 9no semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa María el nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la "Lista de verificación de la seguridad de la cirugía " sea similar





CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICA.

Se evaluaron 120 alumnos pertenecientes al 7mo y 9no semestre de la Facultad de odontología de la UCSM.

1.1.1. Especificaciones de la técnica:

Se utilizó la técnica de cuestionario.

1.1.2. Esquema de variable.-

VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Situacional: <input type="checkbox"/> Nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía”	<input type="checkbox"/> Antes de la inducción de la anestesia <input type="checkbox"/> Antes de la incisión cutánea <input type="checkbox"/> Antes de que el paciente salga del quirófano	Cuestionario	Cuestionario

1.1.3. Descripción de la técnica. -

Para la recolección de datos se empleó el navegador de Google con su herramienta “Google Encuesta” donde se realizó el cuestionario con las preguntas seleccionadas respecto a la Lista de verificación de la seguridad de la cirugía.

Se remitió a los alumnos de 7mo y 9no semestre vía link a través del aplicativo WhatsApp en los diferentes grupos organizados para completar la totalidad de alumnos de ambos semestres.

1.2. Instrumentos

1.2.1. Instrumentos documentales:

a) Precisión del instrumento

En esta investigación utilizamos como único instrumento un cuestionario.

Se consideraron 20 preguntas sobre la lista de verificación de cirugía segura divididas en tres secciones, una por cada sección que se encuentra en la lista.

1.2.2. Instrumentos mecánicos

- Computadora
- Teléfono celular

1.3. Informáticos

- Google encuesta
- WhatsApp

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial:

- a) **Ámbito general:** Arequipa
- b) **Ámbito específico:** Facultad de Odontología de la UCSM

2.2. Ubicación temporal:

La investigación se realizó en el mes de setiembre del 2020.

2.3. Unidades de estudio

2.3.1. Unidades de Análisis

Se evaluaron 120 alumnos pertenecientes al 7mo y 9no semestre

2.3.2. Identificación de los grupos

- Alumnos del 7mo semestre
- Alumnos del 9no semestre

2.3.3. Criterios de inclusión

- Alumnos de la Facultad de odontología que cursan estudios en 7mo o 9no semestre.

2.3.4. Criterios de exclusión

- Alumnos que no deseen participar en el siguiente estudio.

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN:

3.1. Organización:

Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario a través del navegador de google en su aplicativo de "Google encuesta" el mismo que se aplicó a los alumnos que cursan el 7mo y 9no semestre de la Facultad de Odontología.

3.2. Recursos:

3.2.1. Recursos Humanos:

- Participación será solo del autor y su asesor

3.2.2. Recursos informáticos:

- Aplicativo google encuesta
- Aplicativo WhatsApp

3.2.3. Recursos Financieros:

- La investigación será financiada por el autor

3.3. Validación del Instrumento

- La validación del instrumento fue dada por juicio de expertos en el área de Cirugía.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS:

4.1. Plan de procesamiento

4.1.1. Tipo

El plan de procesamiento será computarizado

4.1.2. Operaciones del procesamiento

a) Clasificación

Los datos que se obtuvieron fueron extraídos por medio de la ficha de recolección de datos que se empleó y se ordenó en la matriz de sistematización para su clasificación.

b) Codificación

El código a utilizar fue números para referirse a los indicadores de cada variable.

c) Recuento

Matriz de conteo

d) Tabulación

Se utilizaron tablas según los resultados obtenidos

e) Gráficos

Gráficos en barras según a los datos de las tablas

4.2. Plan de Análisis

VARIABLES	TIPO	ESCALA DE MEDICION	ESTADISTICA DESCRIPTIVA	PRUEBA ESTADISTICA
Nivel de Conocimiento respecto a la aplicación de la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía	Cuantitativa	De razón	Comparativa	Chi ²

4.2.1. Metodología del análisis

Se hizo comparación de datos y se realizó una apreciación crítica

4.2.2. Modalidades interpretativas

Cada cuadro en esta investigación va a ser descrito e interpretado.

4.2.3. Operaciones para interpretar los cuadros

En base al Análisis y síntesis

4.2.4. Niveles de Análisis

Comparativo para cada variable

4.2.5. Tipo de Análisis

Cualitativo





CAPÍTULO III: RESULTADOS

Tabla N° 1:
**ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA, ¿Debe confirmarse la
identidad del paciente?**

	7mo		9no		TOTAL
	f	%	f	%	
SI	59	98.33	57	95.00	116
NO	1	1.67	3	5.00	4
TOTAL	60	100.00	60	100.00	120

Chi²= 3.328 gl= 1 p=0.023

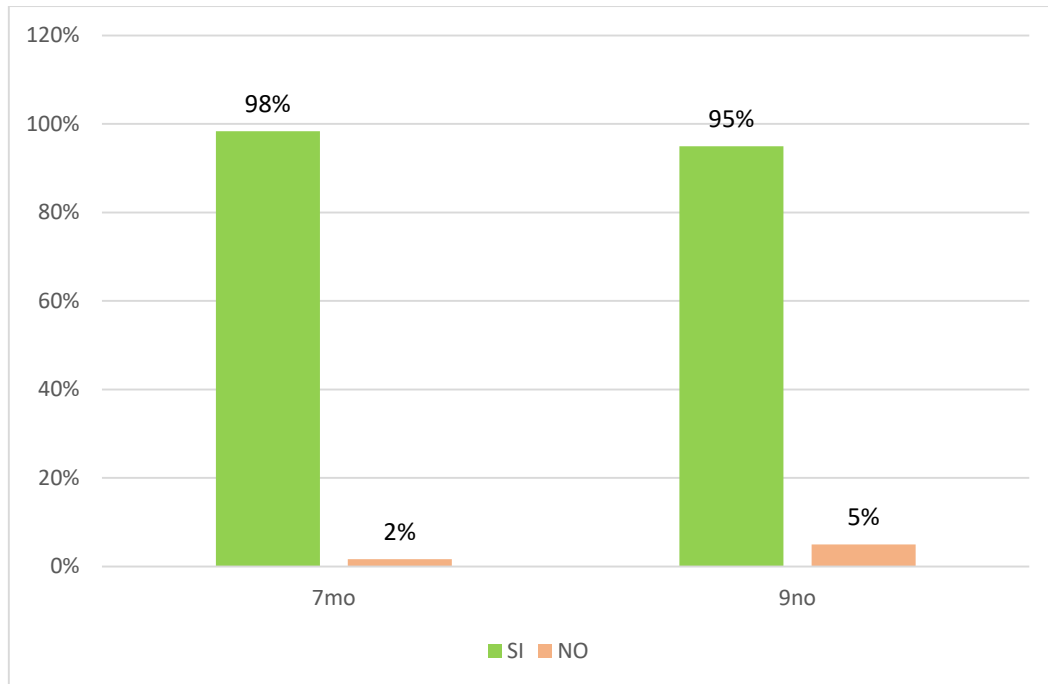
Fuente: Matriz de datos.

Interpretación:

Se refleja con respecto a si antes de la inducción se debe confirmar la identidad del paciente, los estudiantes del 7mo demostraron conocer más del tema, pues el 98% respondió afirmativamente, mientras que el 95% de los del 9no dieron la misma respuesta, indicándose por tanto que los estudiantes del 7mo, manejan mejor tal información, la cual es básica conocer al momento de la inducción de la anestesia para constatar que se esté proporcionando la dosis correcta de anestesia.

Los resultados encontrados en el estadígrafo del chi cuadrado muestran un valor de $\chi^2 = 3.328$, la cual está dentro de los parámetros de aceptación (χ^2 limite 3.448), así mismo el valor de la significancia hallada es de $p=0.023$ menor al parámetro limite ($p < 0.05$) por ende se acepta la diferencia entre los grupos analizados.

Gráfico N° 1:
**ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA, ¿Debe confirmarse la
identidad del paciente?**



Fuente: Matriz de datos.

Tabla Nº 2:
ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA, ¿se debe marcar el sitio de la intervención?

	7mo		9no		TOTAL
	f	%	f	%	
SI	57	95.00	43	71.67	100
NO	3	5.00	17	28.33	20
TOTAL	60	100.00	60	100.00	120

Chi²= 2.563 gl= 1 p=0.038

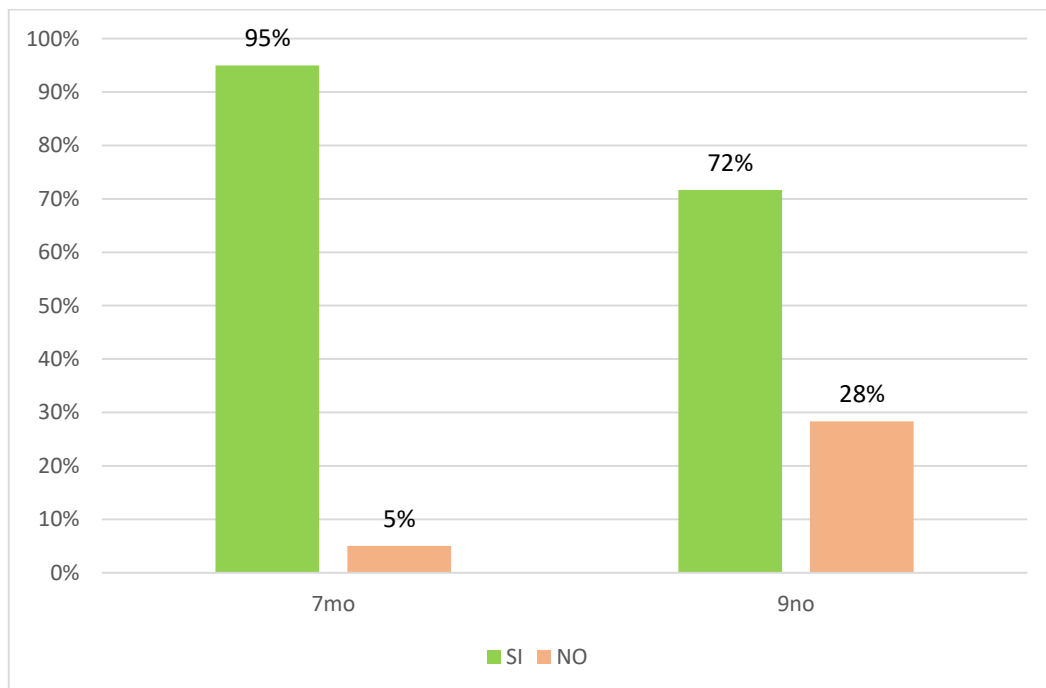
Fuente: Matriz de datos.

Interpretación:

Los datos anteriores reflejan que el 95% de los estudiantes de 7mo respondieron afirmativamente sobre si se debe marcar el sitio de la intervención, solo un 5% respondió de forma negativa, ahora bien, se observa un mayor desconocimiento sobre esta pregunta en los estudiantes del 9no ya que, el 72% de estos respondió positivamente, y el 17% indico que no es necesario marcar el sitio de intervención, de manera que el marcado preoperatorio debe realizarse para evitar que la intervención se realice en un sitio erróneo.

Los resultados encontrados en el estadígrafo del chi cuadrado muestran un valor de $\chi^2 = 2.563$, la cual está dentro de los parámetros de aceptación (χ^2 limite 3.448), así mismo el valor de la significancia hallada es de $p=0.038$ menor al parámetro limite ($p<0.05$) por ende se acepta la diferencia entre los grupos analizados.

Gráfico N° 2:
ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA, ¿se debe marcar el sitio de la intervención?



Fuente: Matriz de datos.

Tabla Nº 3:
ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA, ¿se requiere el consentimiento de un familiar obligatoriamente?

	7mo		9no		TOTAL
	f	%	f	%	
SI	39	65.00	36	60.00	75
NO	21	35.00	24	40.00	45
TOTAL	60	100.00	60	100.00	120

Chi²= 3.005 gl= 1 p=0.011

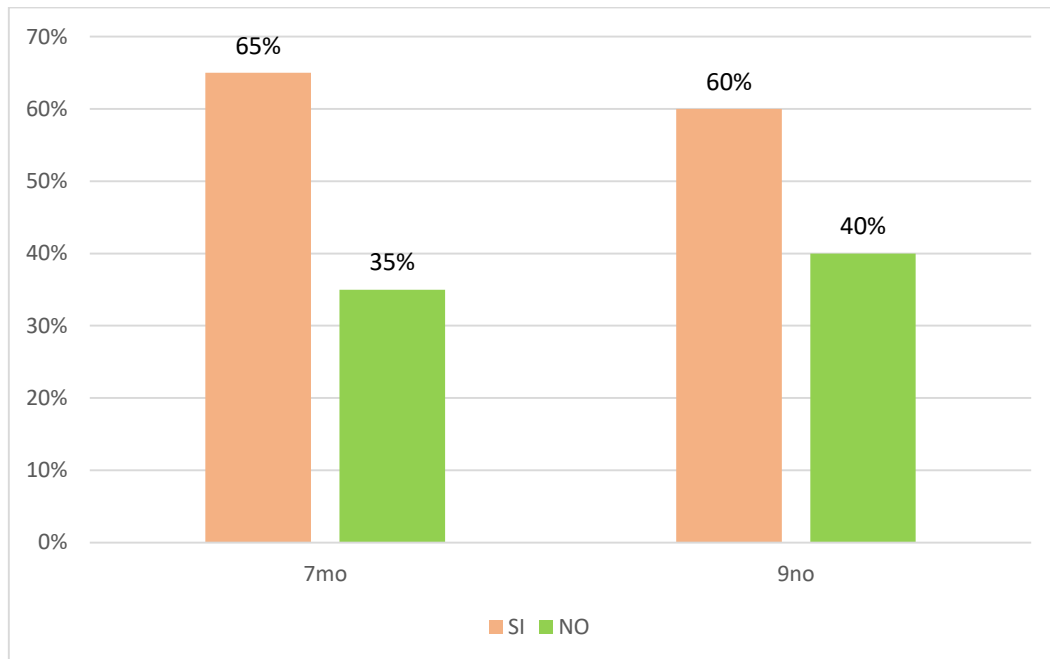
Fuente: Matriz de datos.

Interpretación

Se observa sobre si se necesita del consentimiento informado antes de la inducción de la anestesia el 65% de los estudiantes del 7mo respondió afirmativamente, mientras que el 35% señaló que no se requiere del consentimiento informado. Por tanto los estudiantes del 7mo están mejor preparados que los del 9no, ya que, sobre la misma pregunta el 60% indicó que sí se necesita el consentimiento informado y el 40% que no se requiere de ello antes de la inducción de la anestesia, para todo procedimiento quirúrgico se necesita del consentimiento del paciente o del familiar.

Los resultados encontrados en el estadígrafo del chi cuadrado muestran un valor de $\chi^2 = 3.005$, la cual está dentro de los parámetros de aceptación (χ^2 limite 3.448), así mismo el valor de la significancia hallada es de $p=0.011$ menor al parámetro limite ($p < 0.05$) por ende se acepta la diferencia entre los grupos analizados.

Gráfico N° 3:
**ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA, ¿se requiere el
consentimiento de un familiar obligatoriamente?**



Fuente: Matriz de datos.

Tabla Nº 4:

ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA, ¿se debe realizar una inspección formal de los materiales y riesgo anestésico?

	7mo		9no		TOTAL
	f	%	f	%	
SI	55	91.67	43	71.67	98
NO	5	8.33	17	28.33	22
TOTAL	60	100.00	60	100.00	120

Chi²=2.956 gl= 1 p=0.047

Fuente: Matriz de datos.

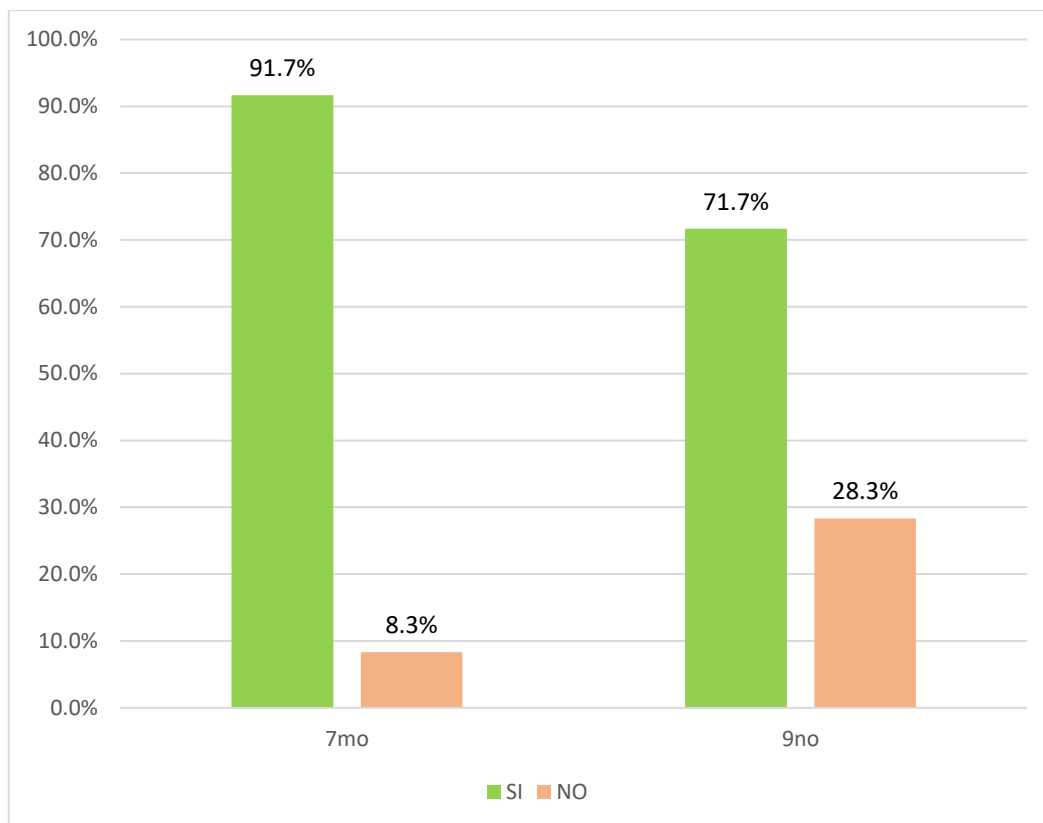
Interpretación:

Los datos anteriores reflejan que el 91.7% de los estudiantes indicó que antes de la inducción de la anestesia debe inspeccionarse formalmente el riesgo anestésico y los materiales a utilizar, mientras que solo el 8.3% de los estudiantes del 7mo indicaron que esto no es necesario realizarlo. Por su parte, los estudiantes del noveno indicaron sobre la misma pregunta que si se debe inspeccionar, representado por el 71.7%, mientras que el 28.3% señaló que no es necesario hacer la inspección formal, evidenciándose así un mayor dominio del tema en los estudiantes del 7mo en comparación con los del 9no, ya que efectivamente deben inspeccionarse los materiales y el riesgo anestésico del paciente antes de inducir la anestesia para evitar así complicaciones mayores.

Los resultados encontrados en el estadígrafo del chi cuadrado muestran un valor de $\chi^2 = 2.956$, la cual está dentro de los parámetros de aceptación (χ^2 limite 3.448), así mismo el valor de la significancia hallada es de $p=0.047$ menor al parámetro limite ($p < 0.05$) por ende se acepta la diferencia entre los grupos analizados.

Gráfico N° 4:

ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA, ¿se debe realizar una
inspección formal de los materiales y riesgo anestésico?



Fuente: Matriz de datos.



Tabla Nº 5:
ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA, ¿es necesario verificar la permeabilidad de la vía aérea?

	7mo		9no		TOTAL
	f	%	f	%	
SI	54	90.00	42	70.00	96
NO	6	10.00	18	30.00	24
TOTAL	60	100.00	60	100.00	120

Chi²= 3.258 gl= 1 p=0.045

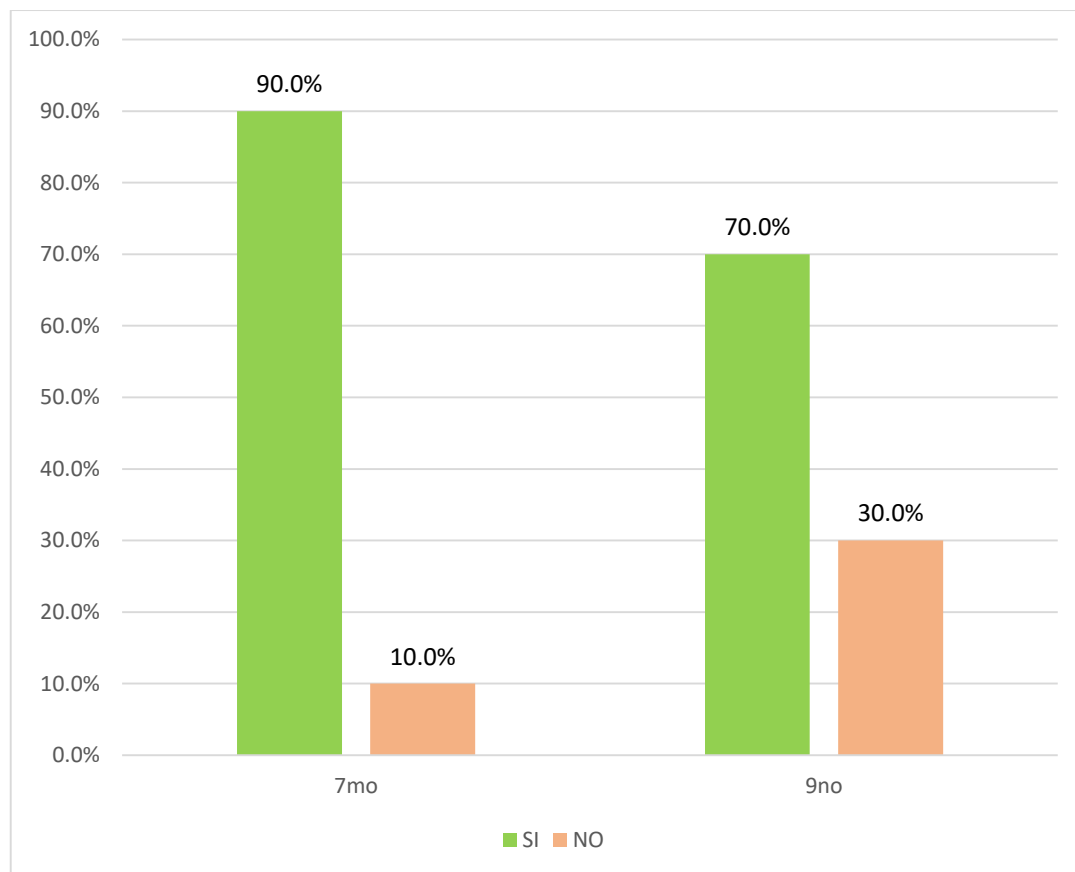
Fuente: Matriz de datos.

Interpretación:

Sobre la verificación de la permeabilidad de la vía aérea el 90% de los estudiantes del séptimo indicaron que debe verificarse la permeabilidad, sólo un 10% Indicó que esto no es necesario. Asimismo el 70% de los estudiantes del noveno señalaron que sí debe verificarse la permeabilidad, mientras que el 30% no estuvo de acuerdo con la necesidad de verificar la permeabilidad de la vía aérea antes de la inducción de la anestesia, evidenciándose por tanto, un mayor dominio con respecto el procedimiento que debe realizarse por parte de los estudiantes del Séptimo mientras que un porcentaje de los del noveno requieren instruirse más al respecto, ya que si la vía esta obstruida pueden haber algunas complicaciones.

Los resultados encontrados en el estadígrafo del chi cuadrado muestran un valor de chi²= 3258, la cual esta dentro de los parámetros de aceptación (chi² limite 3.448), así mismo el valor de la significancia hallada es de p=0.045 menor al parámetro limite (p<0.05) por ende se acepta la diferencia entre los grupos analizados.

Gráfico N° 5:
ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA, ¿es necesario verificar la permeabilidad de la vía aérea?



Fuente: Matriz de datos.



Tabla Nº 6:

ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA, ¿se debe confirmar SI el riesgo de hemorragia es <500ml, en adultos?

	7mo		9no		TOTAL
	f	%	f	%	
SI	53	88.33	29	48.33	82
NO	7	11.67	31	51.67	38
TOTAL	60	100.00	60	100.00	120

Chi²= 3.159 gl= 1 p=0.049

Fuente: Matriz de datos.

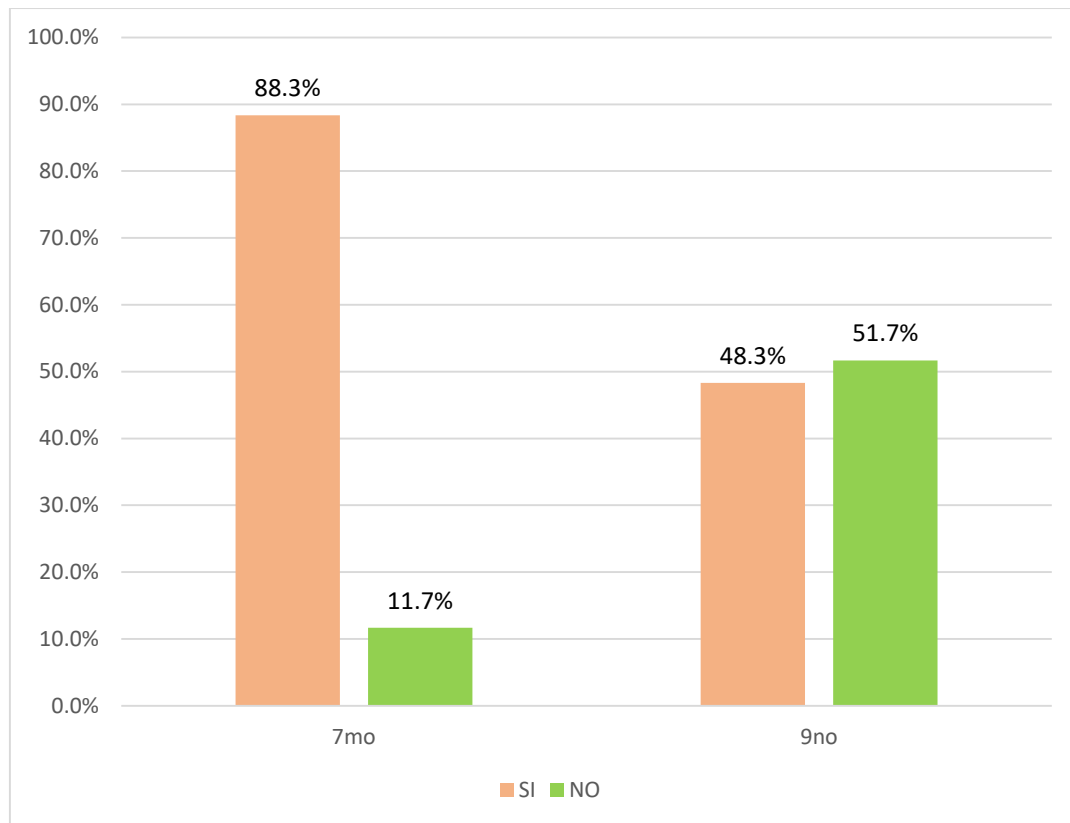
Interpretación:

Sobre si se debe confirmarse el riesgo de hemorragia, el 88.3% de los estudiantes del 7mo indicaron que debe confirmarse, mientras que el 11.7% señaló que esto no es necesario. En comparación con los resultados obtenidos de los estudiantes del 9no se evidencia una gran diferencia con respecto a los resultados, ya que, el 48.3% señaló que debe confirmarse el riesgo de hemorragia en adultos mientras que el 51.7% Indicó que esto no es necesario llevarlo a cabo antes de la inducción de la anestesia.

Los resultados encontrados en el estadígrafo del chi cuadrado muestran un valor de chi²= 3.159, la cual está dentro de los parámetros de aceptación (chi² limite 3.448), así mismo el valor de la significancia hallada es de p=0.049 menor al parámetro limite (p<0.05) por ende se acepta la diferencia entre los grupos analizados.

Gráfico N° 6:

ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA, ¿se debe confirmar SI el riesgo de hemorragia es <500ml, en adultos?



Fuente: Matriz de datos.



Tabla Nº 7:
ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA, ¿todos los miembros del equipo quirúrgico deben presentarse?

	7mo		9no		TOTAL
	f	%	f	%	
SI	52	86.67	33	55.00	85
NO	8	13.33	27	45.00	35
TOTAL	60	100.00	60	100.00	120

Chi²= 2.478 gl= 1 p=0.036

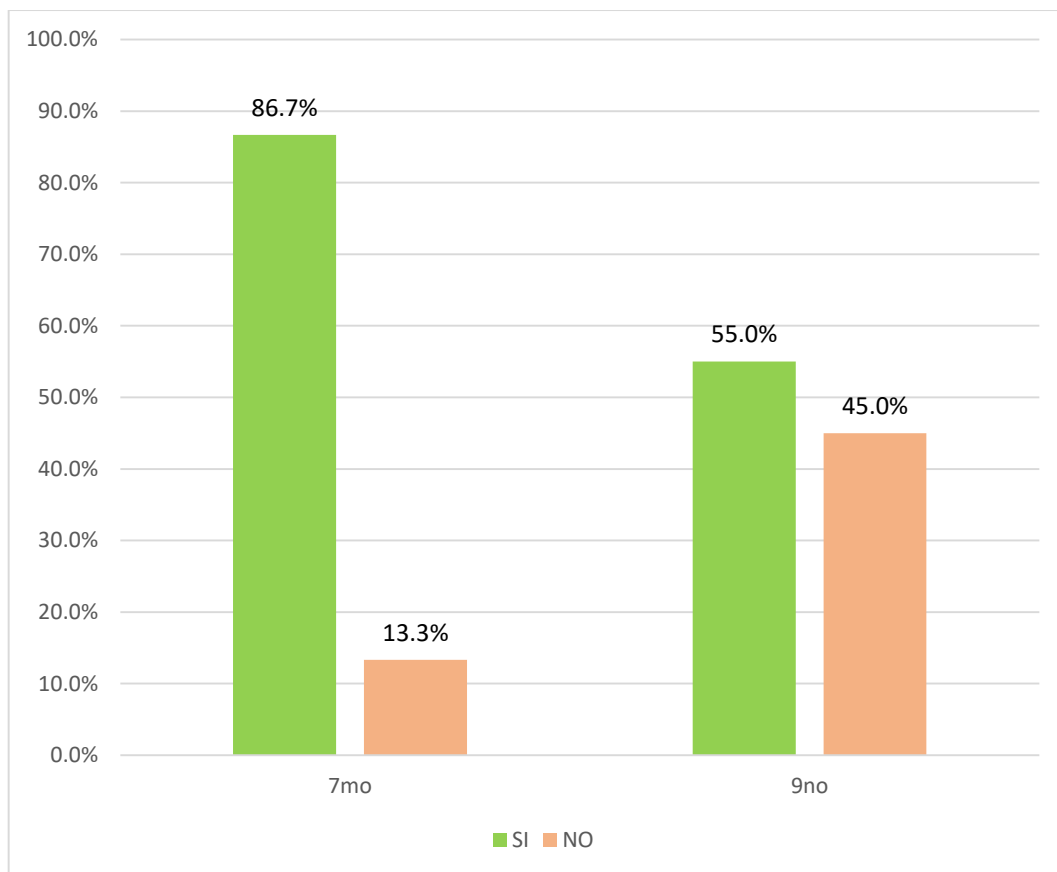
Fuente: Matriz de datos.

Interpretación:

Con respecto a si es necesario que todo el equipo quirúrgico esté presente antes de la incisión cutánea, el 86.7% de los estudiantes del 7mo indicaron que si se requiere de la presencia de todo el equipo, mientras el 13.3% señalaron que esto no es necesario. Se observa una diferencia en los resultados con respecto a los estudiantes del 9no debido a que el 55% manifestó que se requiere de la presencia de todo el equipo quirúrgico antes de comenzar la incisión, mientras que el 45% señalo no está de acuerdo con ello, explicando que no todos los miembros del equipo quirúrgico deben presentarse antes de llevar a cabo la incisión cutánea.

Los resultados encontrados en el estadígrafo del chi cuadrado muestran un valor de $\chi^2 = 2.478$, la cual está dentro de los parámetros de aceptación (χ^2 limite 3.448), así mismo el valor de la significancia hallada es de $p=0.036$ menor al parámetro limite ($p < 0.05$) por ende se acepta la diferencia entre los grupos analizados.

Gráfico N° 7:
**ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA, ¿todos los miembros del equipo
quirúrgico deben presentarse?**



Fuente: Matriz de datos.



Tabla Nº 8:

ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA, ¿Se deben indicar los antecedentes del paciente?

	7mo		9no		TOTAL
	f	%	f	%	
SI	50	83.33	42	70.00	92
NO	10	16.67	18	30.00	28
TOTAL	60	100.00	60	100.00	120

Chi²= 2.369 gl= 1 p=0.018

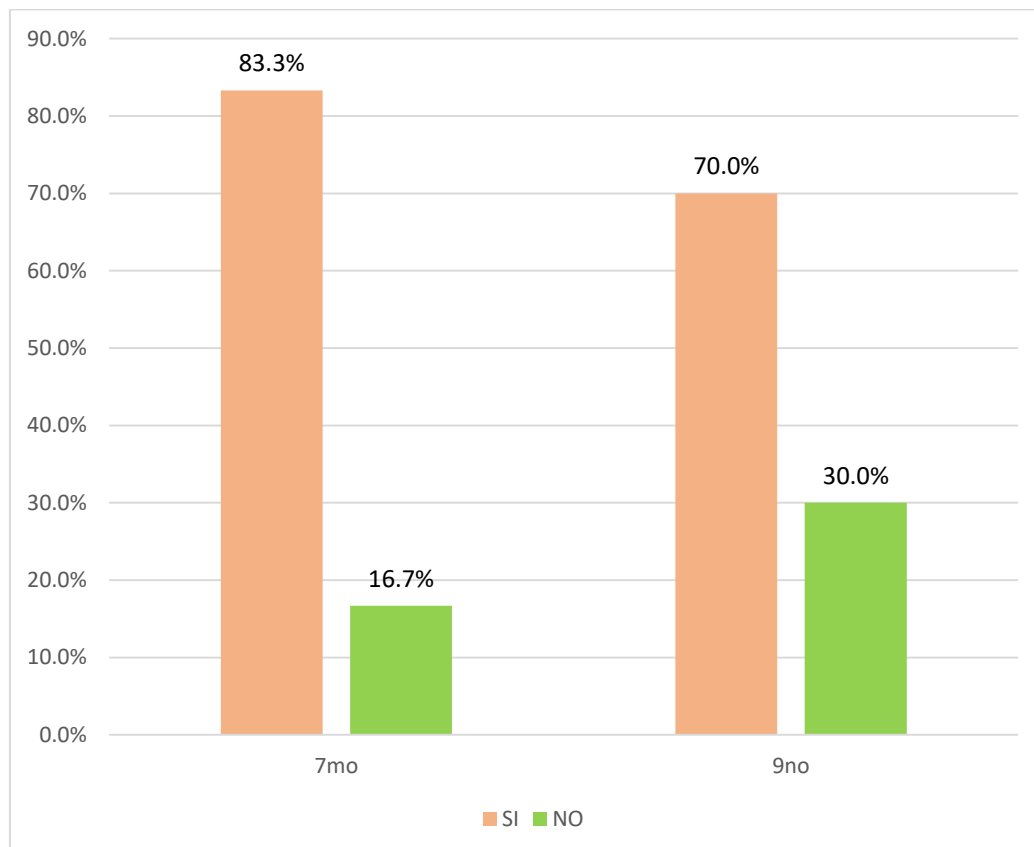
Fuente: Matriz de datos.

Interpretación:

Sobre la pregunta de los antecedentes del paciente los estudiantes del 7mo representado por el 83.3% señalaron que es necesario indicar los antecedentes antes de la incisión cutánea, mientras que el 16.7% indicó que no se requería de ello. Al comparar estos resultados con los estudiantes del 9no se obtuvo que el 70% de estos manifestó que ciertamente es necesario indicar los antecedentes del paciente, mientras que el 30% señaló que esto no es necesario realizarlo antes de la incisión cutánea.

Los resultados encontrados en el estadígrafo del chi cuadrado muestran un valor de $\chi^2 = 2.369$, la cual está dentro de los parámetros de aceptación (χ^2 limite 3.448), así mismo el valor de la significancia hallada es de $p=0.018$ menor al parámetro limite ($p<0.05$) por ende se acepta la diferencia entre los grupos analizados.

Gráfico N° 8:
ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA, ¿Se deben indicar los antecedentes del paciente?



Fuente: Matriz de datos.

Tabla Nº 9:
ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA, ¿el cirujano debe indicar cuánto dura el procedimiento?

	7mo		9no		TOTAL
	f	%	f	%	
SI	48	80.00	38	63.33	86
NO	12	20.00	22	36.67	34
TOTAL	60	100.00	60	100.00	120

Chi²= 3.046 gl= 1 p=0.017

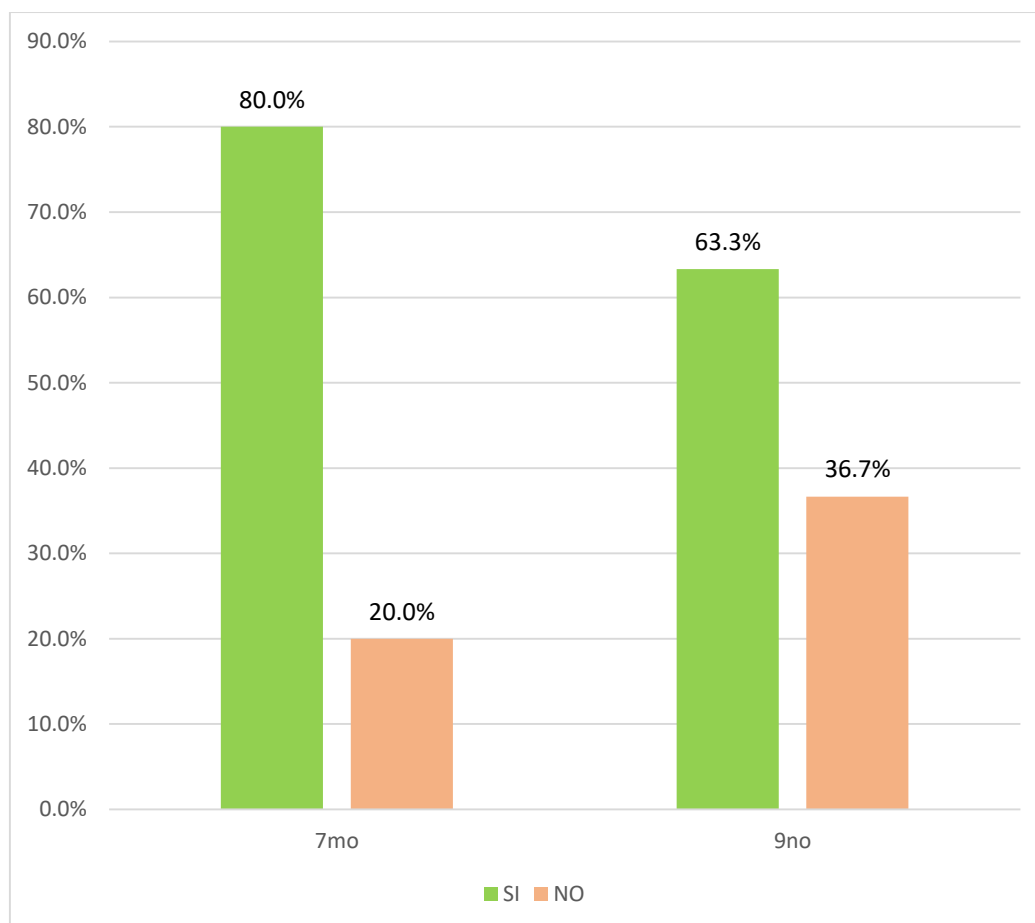
Fuente: Matriz de datos.

Interpretación:

Los datos anteriores reflejan que el 80% de los estudiantes del 7mo están de acuerdo con que antes de la incisión cutánea el cirujano indique la duración del procedimiento, mientras que el 20% señala que esto no es requerido. Contrariamente los estudiantes del noveno manifiestan que si es necesario indicar el tiempo de duración del procedimiento representados por un 63.3% caso contrario opina el 36.7% al señalar que no se requiere de indicar el tiempo de duración del procedimiento antes de la incisión cutánea.

Los resultados encontrados en el estadígrafo del chi cuadrado muestran un valor de $\chi^2 = 3.046$, la cual esta dentro de los parámetros de aceptación (χ^2 limite 3.448), así mismo el valor de la significancia hallada es de $p=0.017$ menor al parámetro limite ($p<0.05$) por ende se acepta la diferencia entre los grupos analizados.

Gráfico N° 9:
ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA, ¿El cirujano debe indicar cuánto dura el procedimiento?



Fuente: Matriz de datos.

Tabla N° 10:
**ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA, Se debe contabilizar el equipo
incluyendo gases y equipo de emergencia?**

	7mo		9no		TOTAL
	f	%	f	%	
SI	58	96.67	39	65.00	97
NO	2	3.33	21	35.00	23
TOTAL	60	100.00	60	100.00	120

Chi²= 3.152 gl= 1 p=0.030

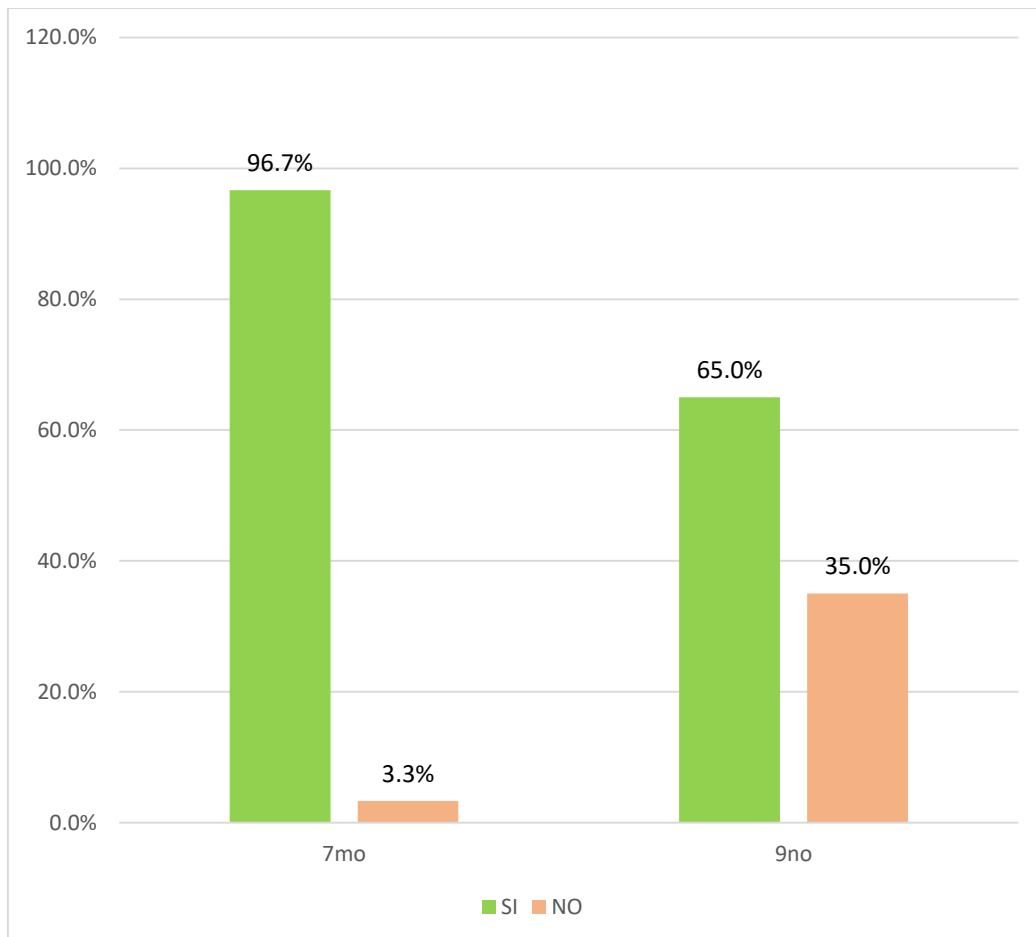
Fuente: Matriz de datos.

Interpretación:

Sobre si debe contabilizarse el equipo tanto las gasas, como lo de emergencia el 96.7% de los estudiantes del 7mo indicó que es un procedimiento que debe llevarse a cabo antes de la incisión cutánea, mientras que un 3.3% manifestó que no es necesario. En oposición a este resultado los estudiantes del 9no señalaron que sí debe hacerse la contabilización de los equipos representado por el 65% de los estudiantes, no obstante, el 35% de ellos Indicó que no es necesario contabilizar los equipos antes de la incisión cutánea.

Los resultados encontrados en el estadígrafo del chi cuadrado muestran un valor de $\chi^2 = 3.152$, la cual esta dentro de los parámetros de aceptación (χ^2 limite 3.448), así mismo el valor de la significancia hallada es de $p=0.030$ menor al parámetro limite ($p<0.05$) por ende se acepta la diferencia entre los grupos analizados.

Gráfico N° 10:
**ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA, ¿Se debe contabilizar el equipo
incluyendo gases y equipo de emergencia?**



Fuente: Matriz de datos.

Tabla N° 11:
ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA, ¿Se realiza la prevención de eventos críticos, solo con el cirujano?

	7mo		9no		TOTAL
	f	%	f	%	
SI	27	45.00	27	45.00	54
NO	33	55.00	33	55.00	66
TOTAL	60	100.00	60	100.00	120

Chi²= 3.348 gl= 1 p=0.028

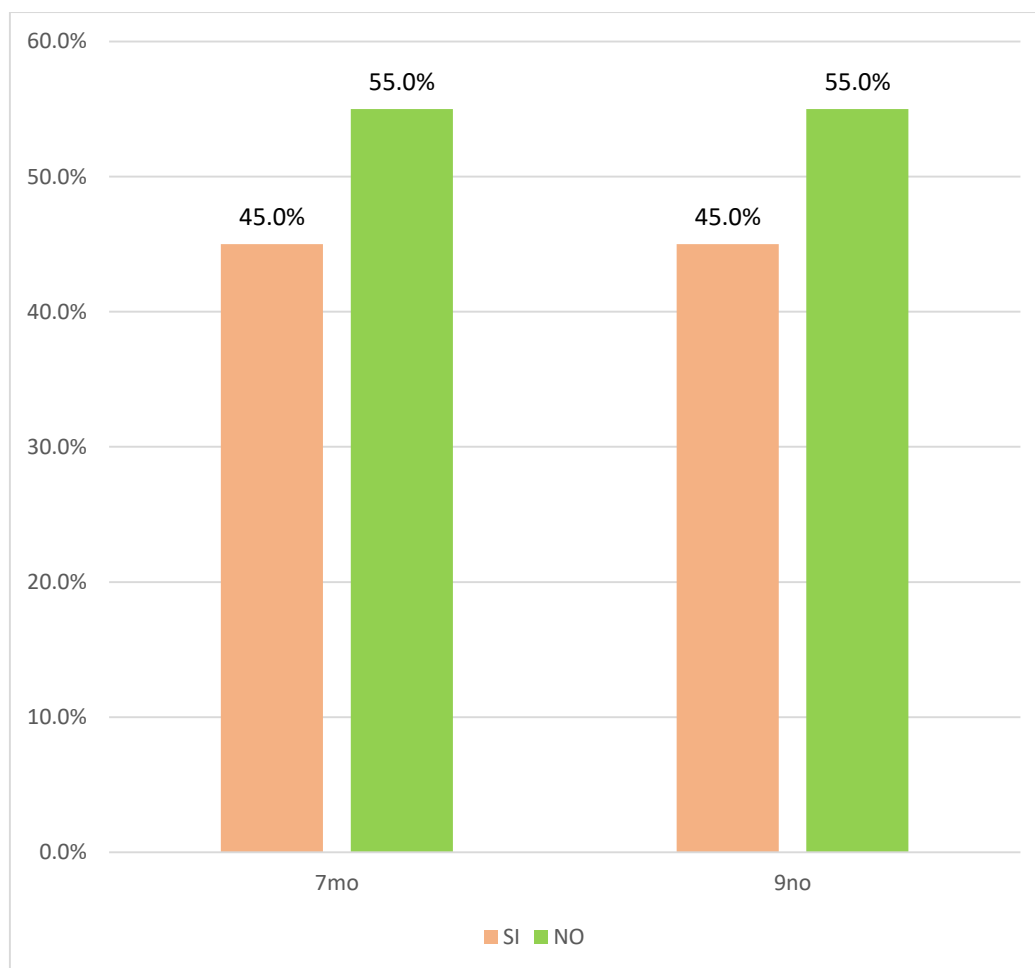
Fuente: Matriz de datos.

Interpretación:

Sobre la prevención de eventos críticos el 55% de los estudiantes del 7mo indicó que no debe hacerse sólo con el cirujano, mientras que el 45% respondió afirmativamente en este caso. Se observa una similitud entre los resultados de los estudiante de ambos niveles, ya que, los del noveno en proporción presenta la misma respuesta, donde 55% manifestó que no debe realizarse la prevención de eventos sólo con el cirujano, sino con el equipo completo, mientras que el 45% señaló que esto puede llevarse a cabo antes de la incisión solo con el cirujano.

Los resultados encontrados en el estadígrafo del chi cuadrado muestran un valor de $\chi^2 = 3.348$, la cual está dentro de los parámetros de aceptación (χ^2 limite 3.448), así mismo el valor de la significancia hallada es de $p=0.028$ menor al parámetro limite ($p < 0.05$) por ende se acepta la diferencia entre los grupos analizados.

Gráfico N° 11:
ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA, ¿Se realiza la prevención de eventos críticos, solo con el cirujano?



Fuente: Matriz de datos.

Tabla N° 12:
ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA, ¿Los enfermeros estrictamente pasan el instrumental?

	7mo		9no		TOTAL
	f	%	f	%	
SI	42	70.00	29	48.33	71
NO	18	30.00	31	51.67	49
TOTAL	60	100.00	60	100.00	120

Chi²= 2.456 gl= 1 p=0.039

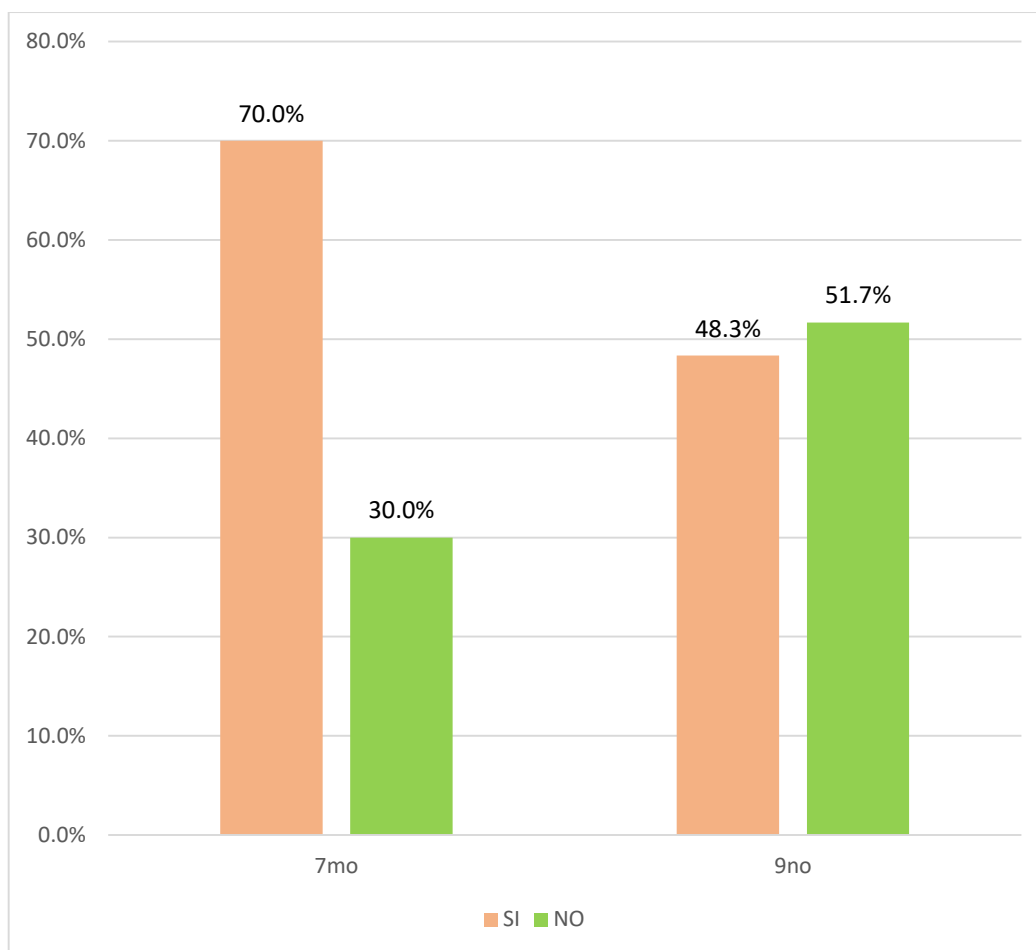
Fuente: Matriz de datos.

Interpretación:

Con respecto a si los enfermeros estrictamente deben pasar el instrumental al cirujano, el 70% de los estudiantes del 7mo responde afirmativamente mientras que 30% respondió de manera negativa a la función del enfermero. No obstante los estudiantes del 9no reflejaron resultados distintos al señalar que básicamente los enfermeros no pasan estrictamente el instrumental cirujano, siendo que el 51.7% indicó que esto no es necesario y el 48.3% manifestó que los enfermeros deben cumplir esta función de manera que el cirujano no sé aparte del campo operatorio.

Los resultados encontrados en el estadígrafo del chi cuadrado muestran un valor de $\chi^2 = 2.469$, la cual esta dentro de los parámetros de aceptación (χ^2 limite 3.448), así mismo el valor de la significancia hallada es de $p=0.039$ menor al parámetro limite ($p<0.05$) por ende se acepta la diferencia entre los grupos analizados.

Gráfico N° 12:
ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA, ¿Los enfermeros estrictamente pasan el instrumental?



Fuente: Matriz de datos.

Tabla N° 13:
ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA, ¿El equipo está conformado por cirujano, enfermera y anestesia?

	7mo		9no		TOTAL
	f	%	f	%	
SI	50	83.33	34	56.67	84
NO	10	16.67	26	43.33	36
TOTAL	60	100.00	60	100.00	120

Chi²= 3.184 gl= 1 p=0.026

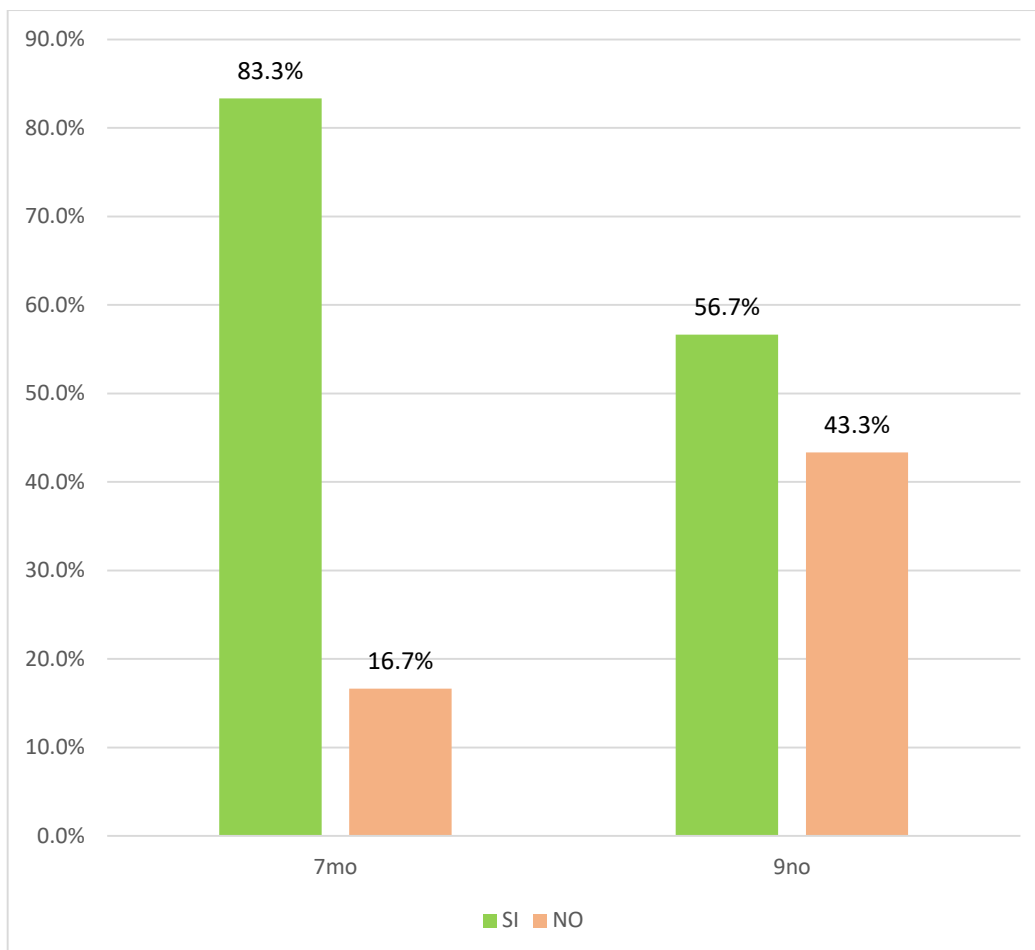
Fuente: Matriz de datos.

Interpretación:

Sobre la conformación del equipo médico quirúrgico el 83.3% de los estudiantes del 7mo indicaron que el mismo se conforma por cirujano, enfermera y el anestesiólogo, mientras que el 16.7% señalaron que esto no era necesariamente así. En oposición a estos resultados los estudiantes del 9no representados por el 56.7% refirieron que el equipo se conforma por cirujano, enfermera y anestesia, y el 43.3% señala que faltan otros profesionales para conformar el equipo médico quirúrgico antes de la incisión cutánea.

Los resultados encontrados en el estadígrafo del chi cuadrado muestran un valor de $\chi^2 = 3.184$, la cual está dentro de los parámetros de aceptación (χ^2 limite 3.448), así mismo el valor de la significancia hallada es de $p = 0.026$ menor al parámetro limite ($p < 0.05$) por ende se acepta la diferencia entre los grupos analizados.

Gráfico N° 13:
ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA, ¿El equipo está conformado por cirujano, enfermera y anestesia?



Fuente: Matriz de datos.

Tabla N° 14:

ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO, ¿El cirujano confirma verbalmente el procedimiento realizado?

	7mo		9no		TOTAL
	f	%	f	%	
SI	48	80.00	38	63.33	86
NO	12	20.00	22	36.67	34
TOTAL	60	100.00	60	100.00	120

Chi²= 3.102 gl= 1 p=0.016

Fuente: Matriz de datos.

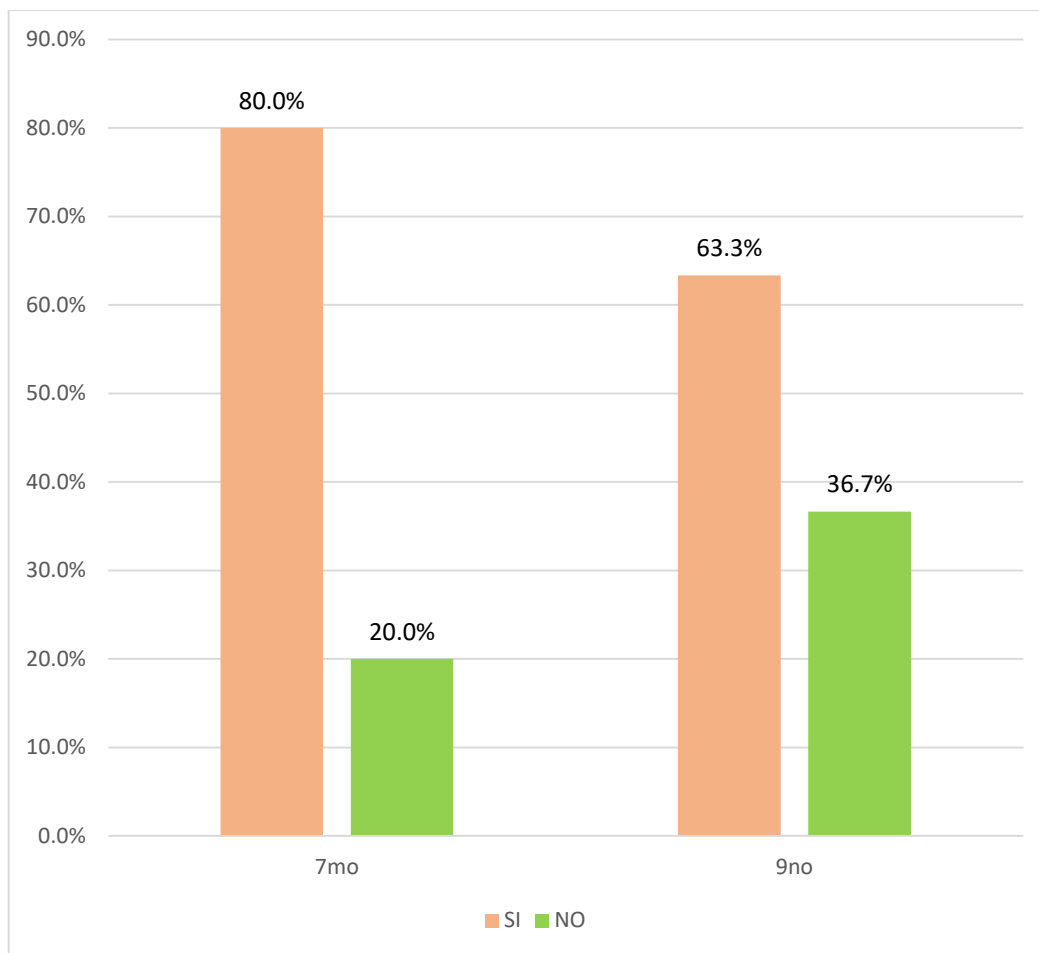
Interpretación:

Con respecto a la confirmación verbal del procedimiento realizado antes de que el paciente salga de quirófano, el 80% de los estudiantes de 7mo consideran que el cirujano debe confirmar verbalmente el procedimiento, no obstante un 20% señala que esto no es necesario. En contraposición con estos resultados se encuentran los obtenidos de los estudiantes del 9no, el cual el 63.3% señala que debe confirmarse el procedimiento mientras que un 36.7% de estos indica que no es necesario realizarlo antes de que el paciente salga del quirófano.

Los resultados encontrados en el estadígrafo del chi cuadrado muestran un valor de $\chi^2 = 3.102$, la cual esta dentro de los parámetros de aceptación (χ^2 limite 3.448), así mismo el valor de la significancia hallada es de $p=0.016$ menor al parámetro limite ($p<0.05$) por ende se acepta la diferencia entre los grupos analizados.

Gráfico Nº 14:

ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO, ¿El cirujano confirma verbalmente el procedimiento realizado?



Fuente: Matriz de datos.

Tabla N° 15:
**ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO, ¿El anestesista
confirma el etiquetado de la muestra?**

	7mo		9no		TOTAL
	f	%	f	%	
SI	48	80.00	28	46.67	76
NO	12	20.00	32	53.33	44
TOTAL	60	100.00	60	100.00	120

Chi²= 3.401 gl= 1 p=0.012

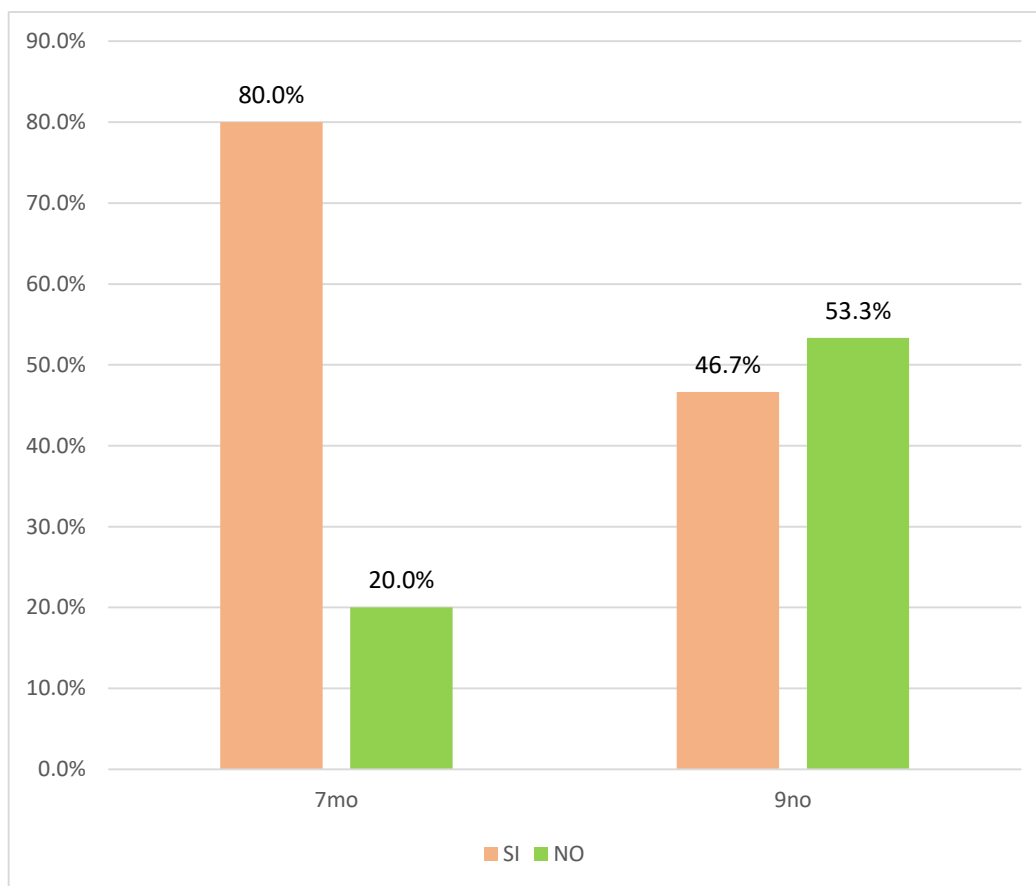
Fuente: Matriz de datos.

Interpretación:

Sobre la pregunta si el anestesista confirma el etiquetado de la muestra, el 80% de los estudiantes del 7mo confirmo que así debe realizarse, y un 20% indicó que esto no es necesario. No obstante, los estudiantes del 9no opinan contrariamente con respecto a este tema, ya que el 53.3% señaló que el anestesista no confirma el etiquetado de la muestra, mientras que un 46.7% señaló que si se lleva a cabo esta función.

Los resultados encontrados en el estadígrafo del chi cuadrado muestran un valor de chi²= 3.401, la cual está dentro de los parámetros de aceptación (chi² limite 3.448), así mismo el valor de la significancia hallada es de p=0.012 menor al parámetro limite (p<0.05) por ende se acepta la diferencia entre los grupos analizados.

Gráfico N° 15:
**ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO, ¿El anestesista
confirma el etiquetado de la muestra?**



Fuente: Matriz de datos.

Tabla N° 16:

ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO, ¿EWI enfermero debe confirmar el recuento de instrumentos y gasas cuando el cirujano dejo la sala?

	7mo		9no		TOTAL
	f	%	f	%	
SI	47	78.33	37	61.67	84
NO	13	21.67	23	38.33	36
TOTAL	60	100.00	60	100.00	120

Chi²= 3.425 gl= 1 p=0.018

Fuente: Matriz de datos.

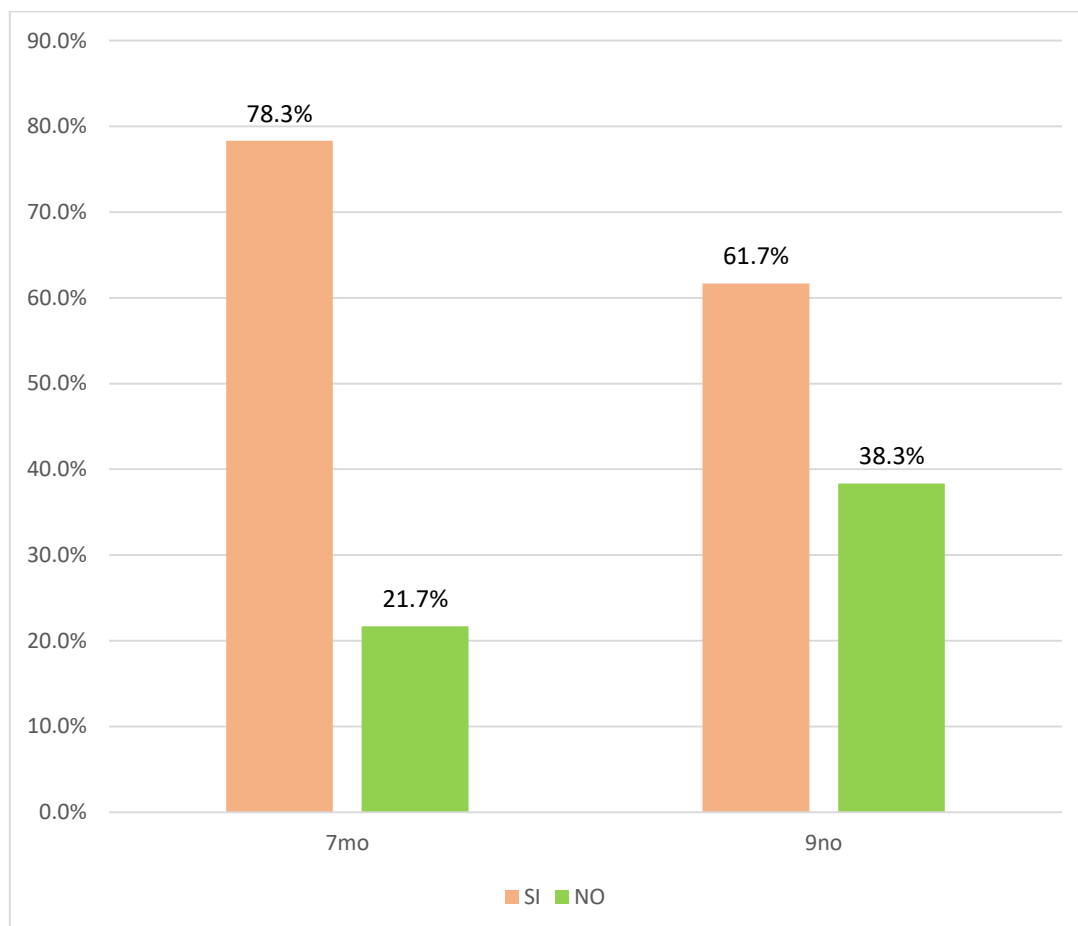
Interpretación:

Sobre el recuento de los instrumentos y gasas el 78.3% de los estudiantes del 7mo concordó con que debe realizarse tal recuento de instrumentos y gasas, solo el 21.7% no estuvo de acuerdo con tal afirmación. Asimismo se observó una contraposición de estos resultados en comparación con los estudiantes del 9no donde 61.7% reflejó qué tal conteo debe llevarse a cabo, para constatar que ninguno haya quedado en el cuerpo del paciente, mientras que un número más elevado representado por el 38.3% señaló que no se hace necesario hasta el recuento de instrumentos y gasas antes de que el paciente salga de quirófono.

Los resultados encontrados en el estadígrafo del chi cuadrado muestran un valor de $\chi^2 = 3.425$, la cual está dentro de los parámetros de aceptación (χ^2 limite 3.448), así mismo el valor de la significancia hallada es de $p=0.018$ menor al parámetro limite ($p<0.05$) por ende se acepta la diferencia entre los grupos analizados.

Gráfico N° 16:

ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO, ¿El enfermero debe confirmar el recuento de instrumentos y gasas cuando el cirujano de la sala?



Fuente: Matriz de datos.

Tabla N° 17:

ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO, ¿Se debe mencionar cuales son los aspectos críticos de la recuperación y del tratamiento del paciente?

	7mo		9no		TOTAL
	f	%	f	%	
SI	51	85.00	41	68.33	92
NO	9	15.00	19	31.67	28
TOTAL	60	100.00	60	100.00	120

Chi²= 2.981 gl= 1 p=0.027

Fuente: Matriz de datos.

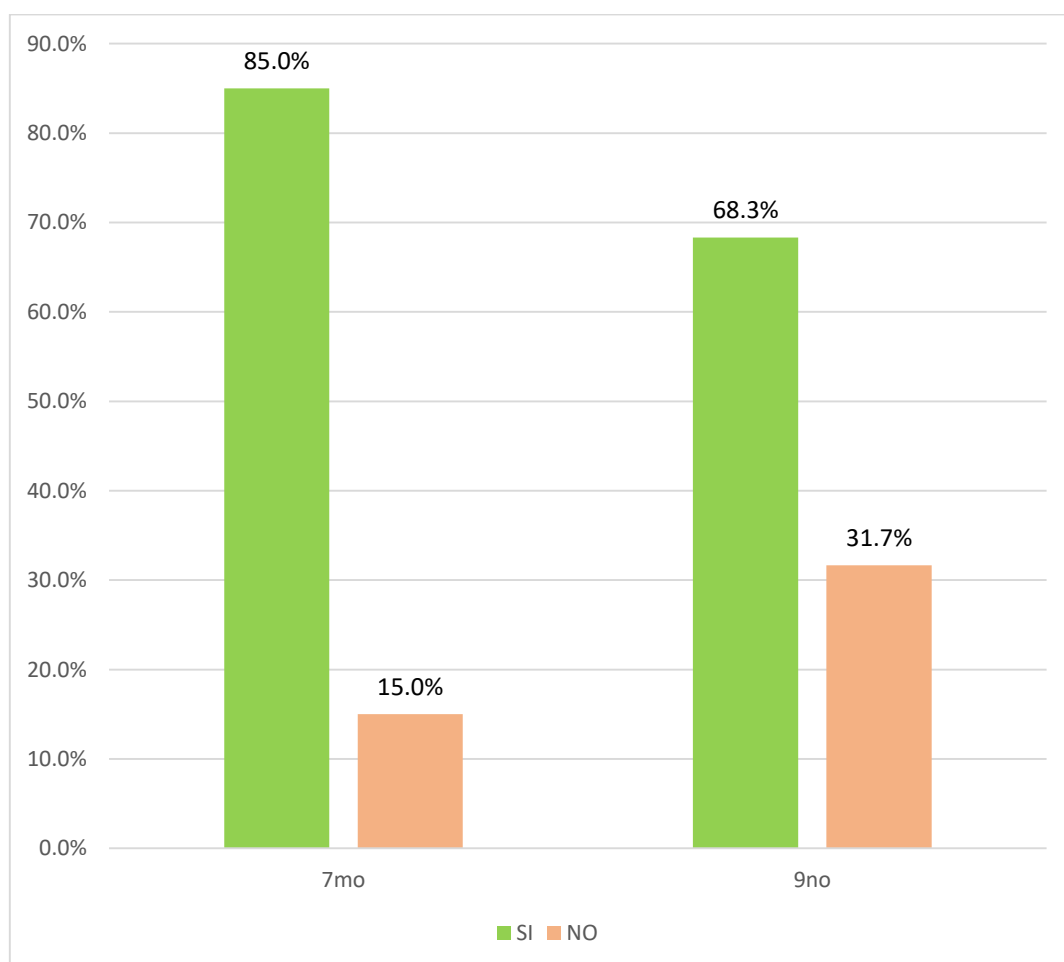
Interpretación:

Sobre los aspectos críticos de la recuperación y del tratamiento del paciente el 85% de los estudiantes del 7mo indicaron que es un aspecto básico a mencionar antes de que el paciente salga de quirófano, ya que, se conoce la situación en la que se encuentra, no obstante, un 15% indicó que esto no es necesario llevarlo a cabo. Sobre la misma pregunta a los estudiantes del 9no representado por un 68.3% indicaron que deben mencionarse los aspecto crítico, mientras que el 31.7% señaló que no es necesario realizar tal acción antes de que el paciente salga de quirófano.

Los resultados encontrados en el estadígrafo del chi cuadrado muestran un valor de chi²= 2.981, la cual está dentro de los parámetros de aceptación (chi² limite 3.448), así mismo el valor de la significancia hallada es de p=0.027 menor al parámetro limite (p<0.05) por ende se acepta la diferencia entre los grupos analizados.

Gráfico N° 17:

ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO, ¿Se debe mencionar cuales son los aspectos críticos de la recuperación y del tratamiento del paciente?



Fuente: Matriz de datos.

Tabla N° 18:

¿ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO, el enfermero debe mencionar en voz alta si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y el equipo?

	7mo		9no		TOTAL
	f	%	f	%	
SI	42	70.00	33	55.00	75
NO	18	30.00	27	45.00	45
TOTAL	60	100.00	60	100.00	120

Chi²= 3.256 gl= 1 p=0.019

Fuente: Matriz de datos.

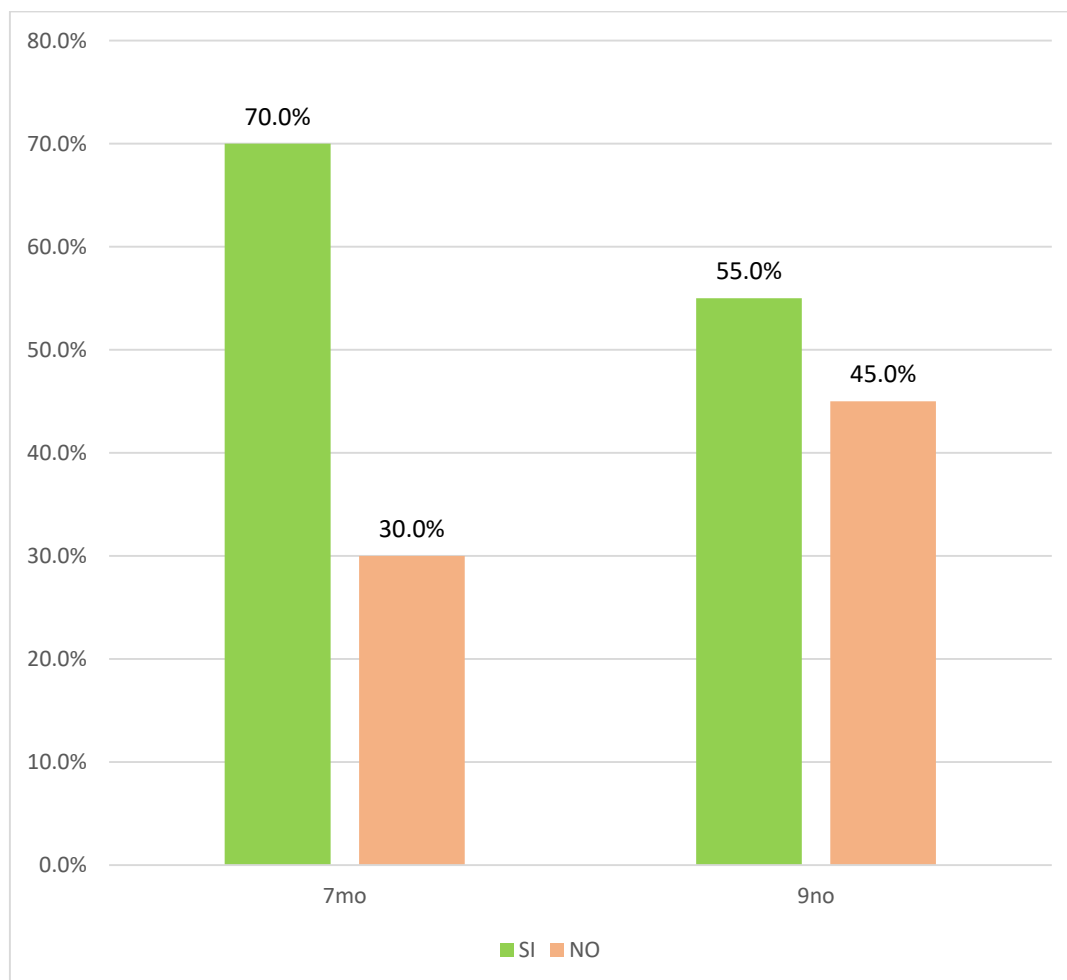
Interpretación:

Sobre si el enfermero debe indicar algún problema con el instrumental o el equipo el 70% de los estudiantes del 7mo indicaron que debe realizarlo para evitar problemáticas en la salud del paciente y el 30% señaló que no es necesario. En contraposición con estos resultados los estudiantes del 9no representados por el 55% indicaron que se hace necesario que el enfermero pronuncia en voz alta los problemas que se deben resolver sobre el instrumental y el equipo y el 45% Indicó que no sé requiere de realizar este pronunciamiento.

Los resultados encontrados en el estadígrafo del chi cuadrado muestran un valor de chi²= 3.256, la cual está dentro de los parámetros de aceptación (chi² limite 3.448), así mismo el valor de la significancia hallada es de p=0.019 menor al parámetro limite (p<0.05) por ende se acepta la diferencia entre los grupos analizados.

Gráfico N° 18:

ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO, ¿El enfermero debe mencionar en voz alta si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y el equipo?



Fuente: Matriz de datos.

Tabla N° 19:

**ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO, ¿Los odontólogos
deber usar la hoja de verificación de cirugía segura?**

	7mo		9no		TOTAL
	f	%	f	%	
SI	58	96.67	49	81.67	107
NO	2	3.33	11	18.33	13
TOTAL	60	100.00	60	100.00	120

Chi²= 3.305 gl= 1 p=0.020

Fuente: Matriz de datos.

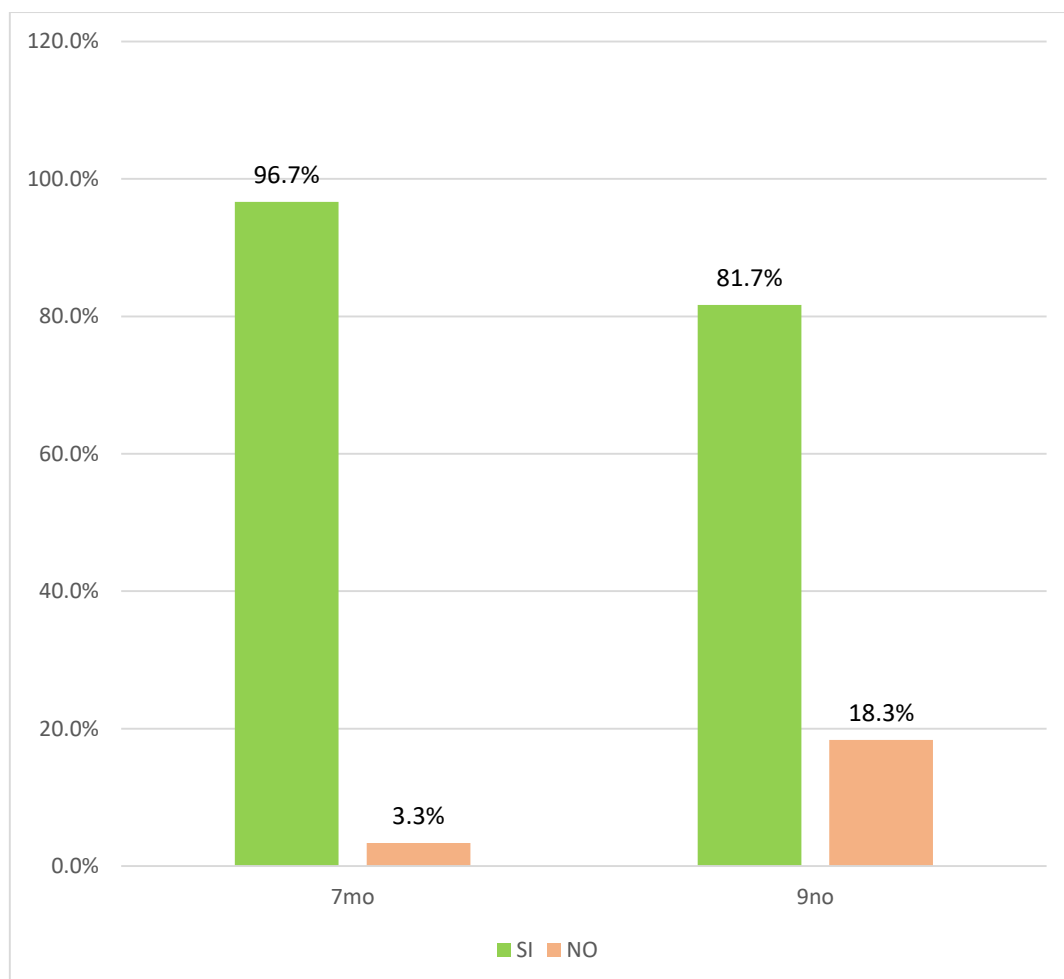
Interpretación:

Sobre el uso de los de la hoja de verificación por parte de los odontólogos en 96.7% de los estudiantes del 7mo concordó, con qué debe ser usada para la verificación de cirugía segura, sólo el 3.3% indicó que no era necesario. Asimismo, se observó cierta similitud en los resultados obtenidos de los estudiantes del 9no donde el 81.7% indicó que el odontólogo debe emplear la hoja de verificación de cirugía segura y sólo un 18.3% señaló que esto no es necesario.

Los resultados encontrados en el estadígrafo del chi cuadrado muestran un valor de $\chi^2 = 3.305$, la cual está dentro de los parámetros de aceptación (χ^2 limite 3.448), así mismo el valor de la significancia hallada es de $p = 0.020$ menor al parámetro limite ($p < 0.05$) por ende se acepta la diferencia entre los grupos analizados.

Gráfico N° 19:

**ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO, ¿Los odontólogos
deber usar la hoja de verificación de cirugía segura?**



Fuente: Matriz de datos.

Tabla N° 20:

¿Si usted observa alguna irregularidad en el desarrollo de la hoja, lo reportaría?

	7mo		9no		TOTAL
	f	%	f	%	
SI	59	98.33	49	81.67	108
NO	1	1.67	11	18.33	12
TOTAL	60	100.00	60	100.00	120

Chi²= 3.442 gl= 1 p=0.048

Fuente: Matriz de datos.

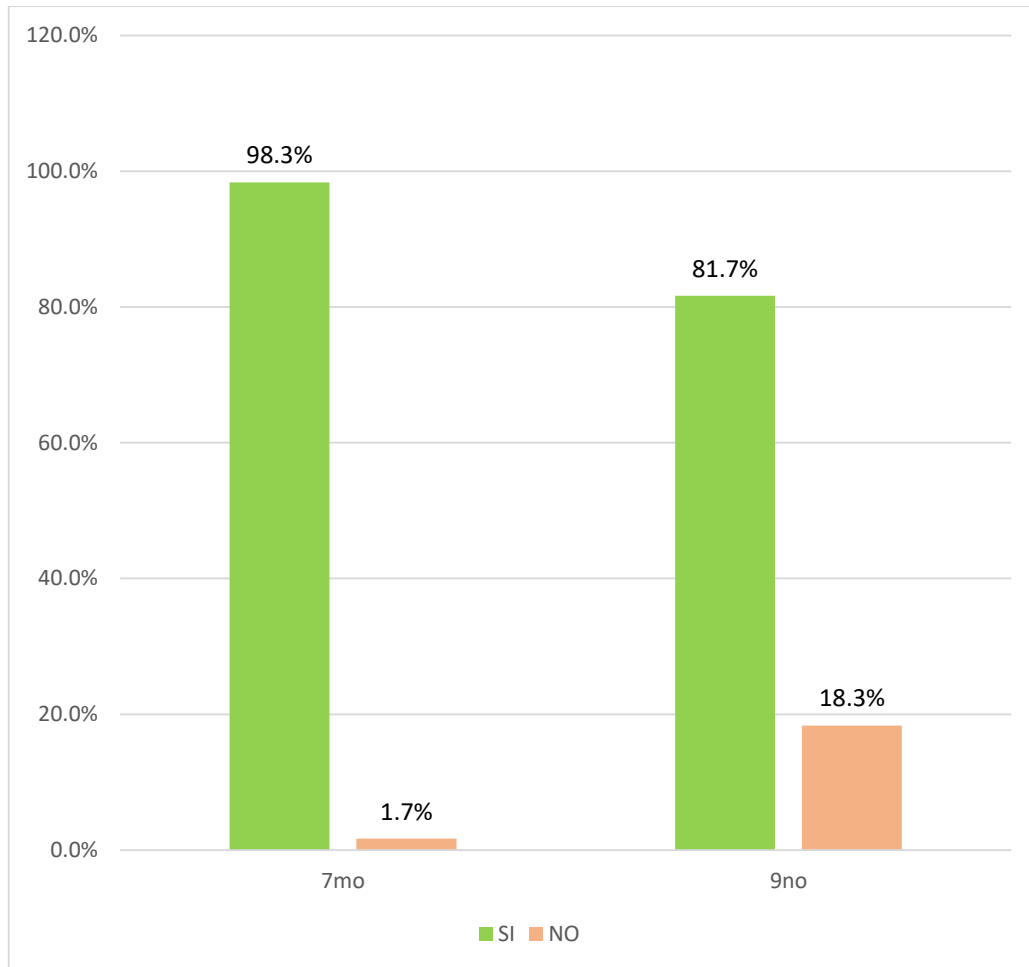
Interpretación:

Sobre el anuncio de irregularidades en una hoja los estudiantes del 7mo, representado por la gran mayoría del 98.3% indicaron que debe reportarse las irregularidades en el desarrollo de la hoja a fin de dejar en claro todos los aspectos concernientes a la operación realizada, sólo el 1.7% Indicó que esto no es necesario. Asimismo se observa que los estudiantes de 9no representados con el 81.7% consideraron que las irregulares en el desarrollo de la hoja debe reportarse y sólo el 18.3% Indicó que no es necesario reportarla sin anomalías observada.

Los resultados encontrados en el estadígrafo del chi cuadrado muestran un valor de $\chi^2 = 3.442$, la cual está dentro de los parámetros de aceptación (χ^2 limite 3.448), así mismo el valor de la significancia hallada es de $p=0.048$ menor al parámetro limite ($p<0.05$) por ende se acepta la diferencia entre los grupos analizados.

Gráfico N° 20:

¿Si usted observa alguna irregularidad en el desarrollo de la hoja, lo reportaría?



Fuente: Matriz de datos.

Tabla N° 21:
ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA

	7mo		9no	
	f	%	f	%
Bajo	0	0.0	0	0.0
Medio	3	3.3	14	15.6
Alto	57	63.3	46	51.1
Total	60	67	60	67

Chi²= 3.037 gl= 1 p=0.011

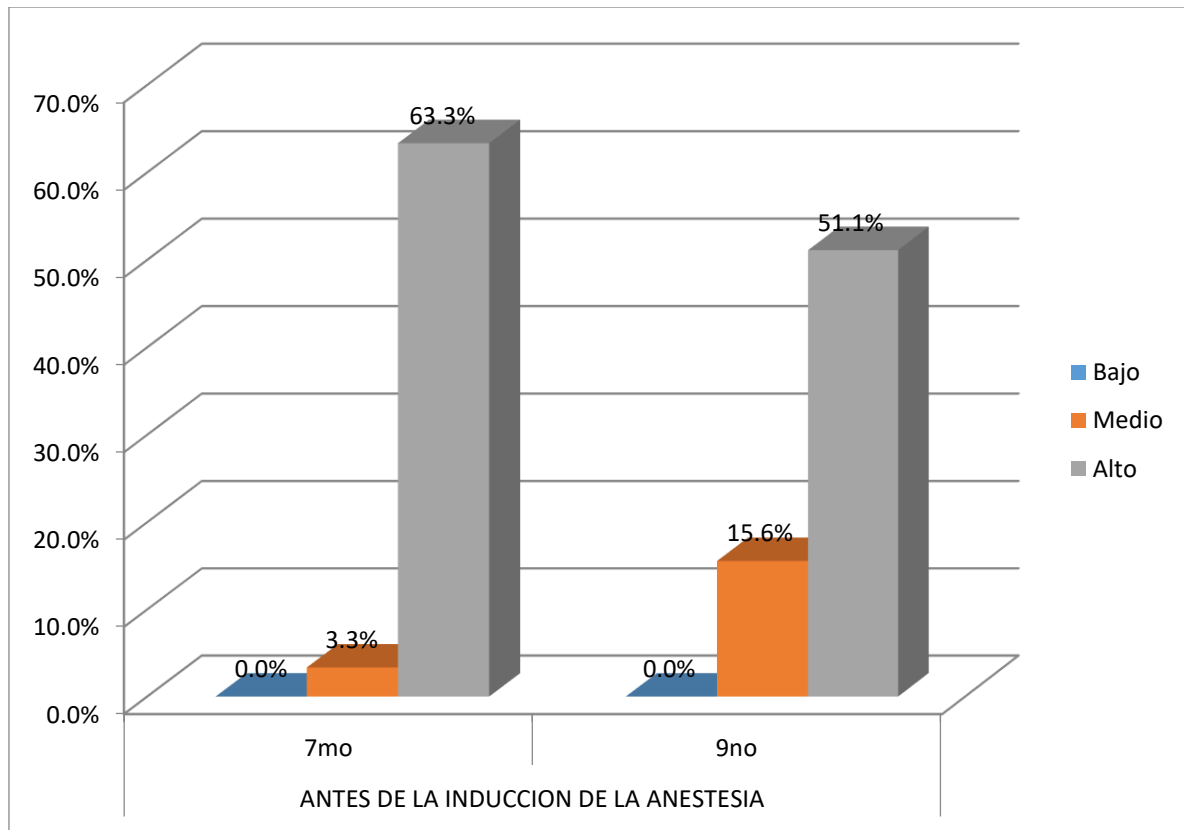
Fuente: Matriz de datos.

Interpretación:

Los resultados encontrados manifiestan que si existe diferencia de los alumnos de 7mo y 9no semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María, 2020, y se puede apreciar que el 7mo semestre presenta un índice mas elevado con el nivel bueno con el 63.3% en comparación del 9no semestre que presenta un nivel de 51.1%, y en proyecciones de nivel medio es mas alto en el 9no semestre con el 15.6% y en 7mo es menor el índice de solo el 3.3%.

Los resultados encontrados en el estadígrafo del chi cuadrado muestran un valor de chi²= 3.037, la cual está dentro de los parámetros de aceptación (chi² limite 3.448), así mismo el valor de la significancia hallada es de p=0.011 menor al parámetro limite (p<0.05) por ende se acepta la diferencia entre los grupos analizados.

Gráfico N° 21:
ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA



Fuente: Matriz de datos.

Tabla N° 22:
ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA

	7mo		9no	
	f	%	f	%
Bajo	1	1.1	9	10.0
Medio	9	10.0	19	21.1
Alto	50	55.6	32	35.6
Total	60	67	60	67

$\chi^2 = 8.456$ $gl = 4$ $p = 0.007$

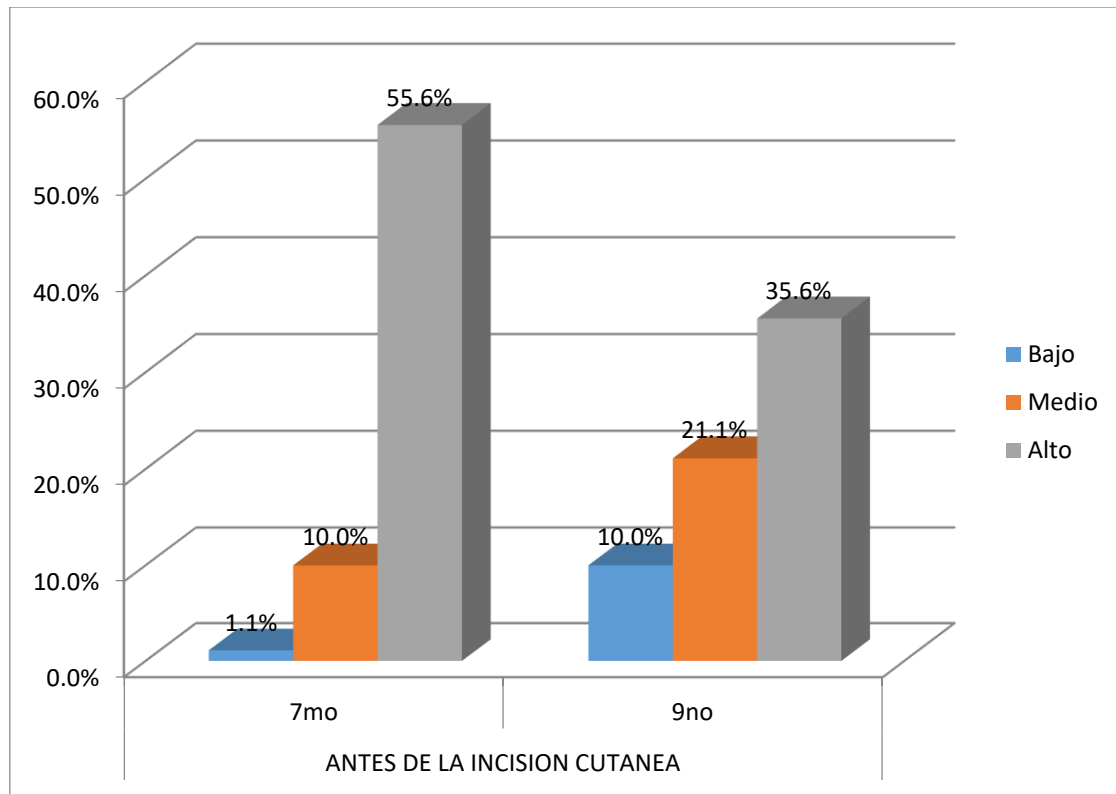
Fuente: Matriz de datos.

Interpretación:

Los resultados encontrados manifiestan que si existe diferencia de los alumnos de 7mo y 9no semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María, 2020, y se puede apreciar que el 7mo semestre presenta un índice más elevado con el nivel bueno con el 55.6% en comparación del 9no semestre que presenta un nivel de 35.6%, y en proyecciones de nivel medio es más alto en el 9no semestre con el 21.1% y en 7mo es menor el índice de solo el 10%, finalmente presenta un índice de bajo el 9no semestre con el 10%.

Los resultados encontrados en el estadígrafo del chi cuadrado muestran un valor de $\chi^2 = 3.305$, la cual está dentro de los parámetros de aceptación (χ^2 limite 9.447), así mismo el valor de la significancia hallada es de $p = 0.020$ menor al parámetro limite ($p < 0.05$) por ende se acepta la diferencia entre los grupos analizados.

Gráfico N° 22:
ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA



Fuente: Matriz de datos.

Tabla N° 23:
ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DE EL QUIROFANO

	7mo		9no	
	f	%	f	%
Bajo	0	0.0	0	0.0
Medio	2	2.2	17	18.9
Alto	58	64.4	43	47.8
Total	60	67	60	67

Chi²= 3.108 gl= 1 p=0.022

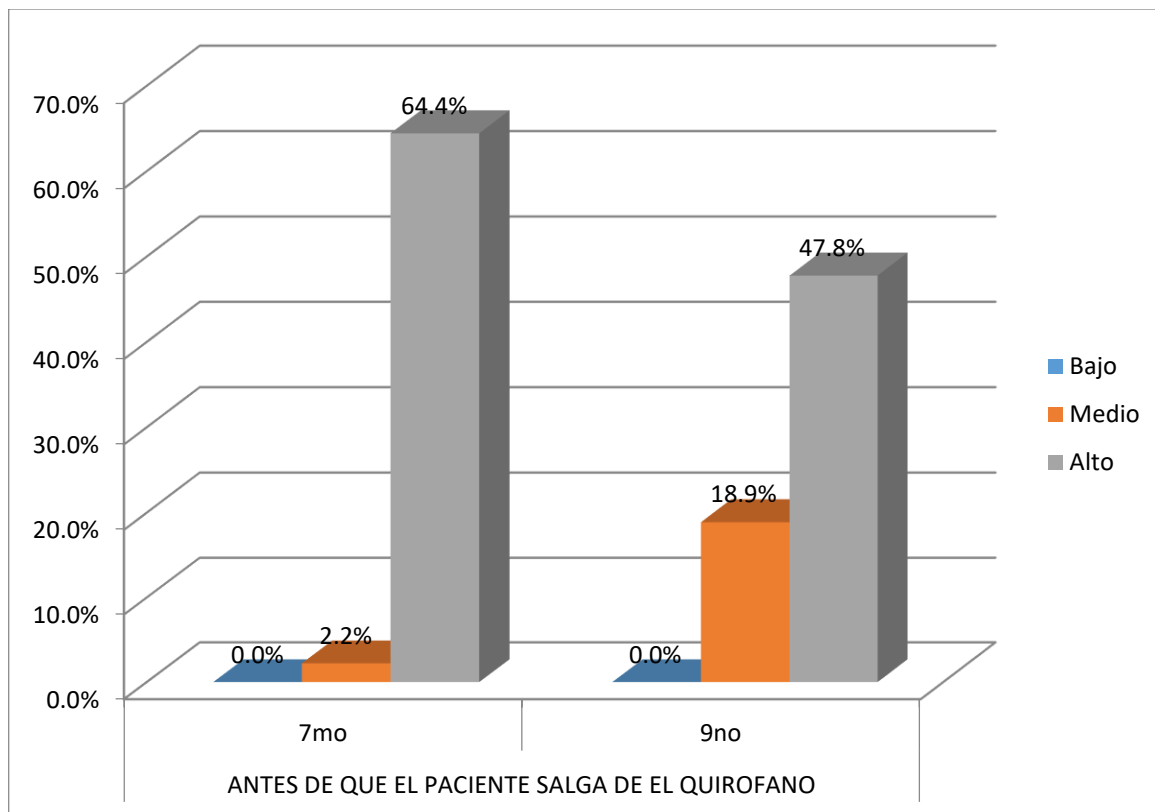
Fuente: Matriz de datos.

Interpretación:

Los resultados encontrados manifiestan que si existe diferencia de los alumnos de 7mo y 9no semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María, 2020, y se puede apreciar que el 7mo semestre presenta un índice más elevado con el nivel bueno con el 64.4% en comparación del 9no semestre que presenta un nivel de 47.8%, y en proyecciones de nivel medio es más alto en el 9no semestre con el 18.9% y en 7mo es menor el índice de solo el 2.2%.

Los resultados encontrados en el estadígrafo del chi cuadrado muestran un valor de chi²= 3.108, la cual está dentro de los parámetros de aceptación (chi² limite 3.448), así mismo el valor de la significancia hallada es de p=0.022 menor al parámetro limite (p<0.05) por ende se acepta la diferencia entre los grupos analizados.

Gráfico N° 23:
ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DE EL QUIRÓFANO



Fuente: Matriz de datos.

Tabla N° 24:

“Nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía” de los alumnos de 7mo y 9no semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María, 2020”

	7VO		9no		TOTAL
	f	%	f	%	
ALTO (20-14)	16	26.67	19	31.67	35
MEDIO (13-07)	44	73.33	41	68.33	85
BAJO (06-00)	0	0.00	0	0.00	0
TOTAL	60	100.00	60	100.00	120

Chi²= 3.305 gl= 1 p=0.020

Fuente: Matriz de datos.

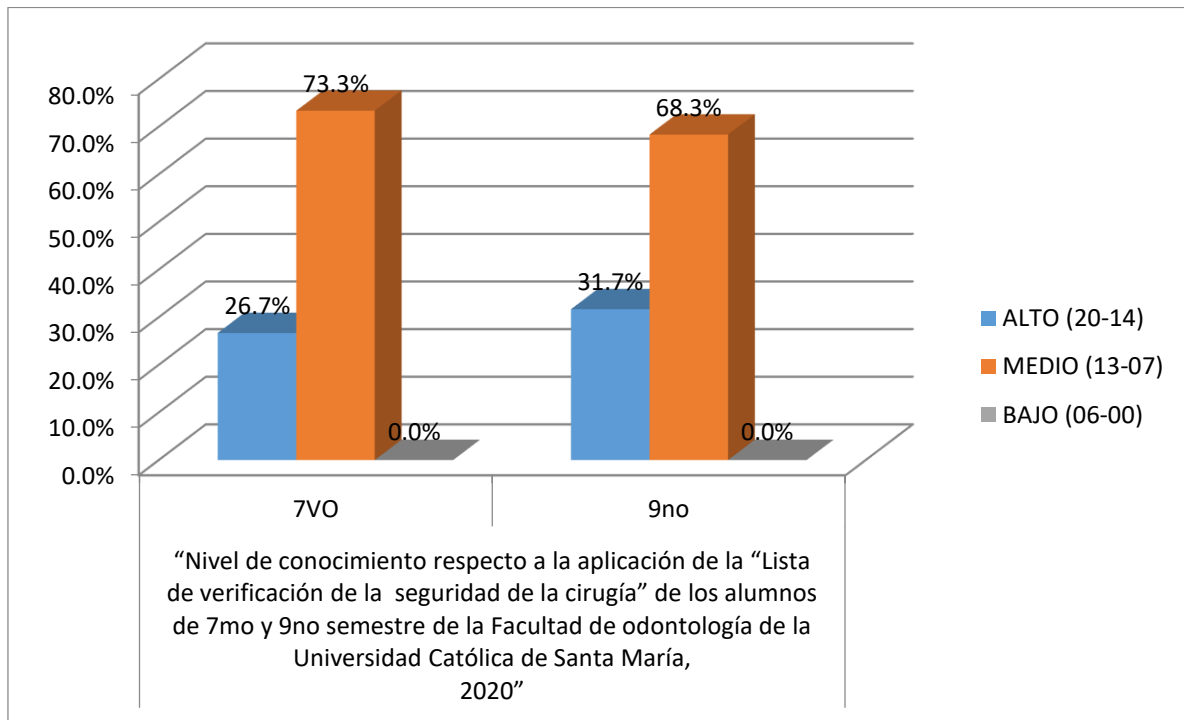
Interpretación:

Los resultados encontrados manifiestan que si existe diferencia de los alumnos de 7mo y 9no semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María, 2020, y se puede apreciar que el 7mo semestre presenta un índice mas elevado con el nivel medio con el 73.3%% en comparación del 9no semestre que presenta un nivel de 68.3%, y en proyecciones de nivel alto en el 9no semestre con el 31.7% y en 7mo es menor el índice de solo el 26.7%.

Los resultados encontrados en el estadígrafo del chi cuadrado muestran un valor de chi²= 3.305, la cual está dentro de los parámetros de aceptación (chi² limite 3.448), así mismo el valor de la significancia hallada es de p=0.020 menor al parámetro limite (p<0.05) por ende se acepta la diferencia entre los grupos analizados.

Gráfico N° 24:

“Nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía” de los alumnos de 7mo y 9no semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María, 2020”



Fuente: Matriz de datos.

Tabla N° 25:

“Nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía” de los alumnos de 7mo y 9no semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María, 2020”

	7mo		9no	
	f	%	f	%
Bajo	2	2.2	11	12.2
Medio	2	2.2	10	11.1
Alto	56	62.2	39	43.3
Total	60	67	60	67

Fuente: Matriz de datos.

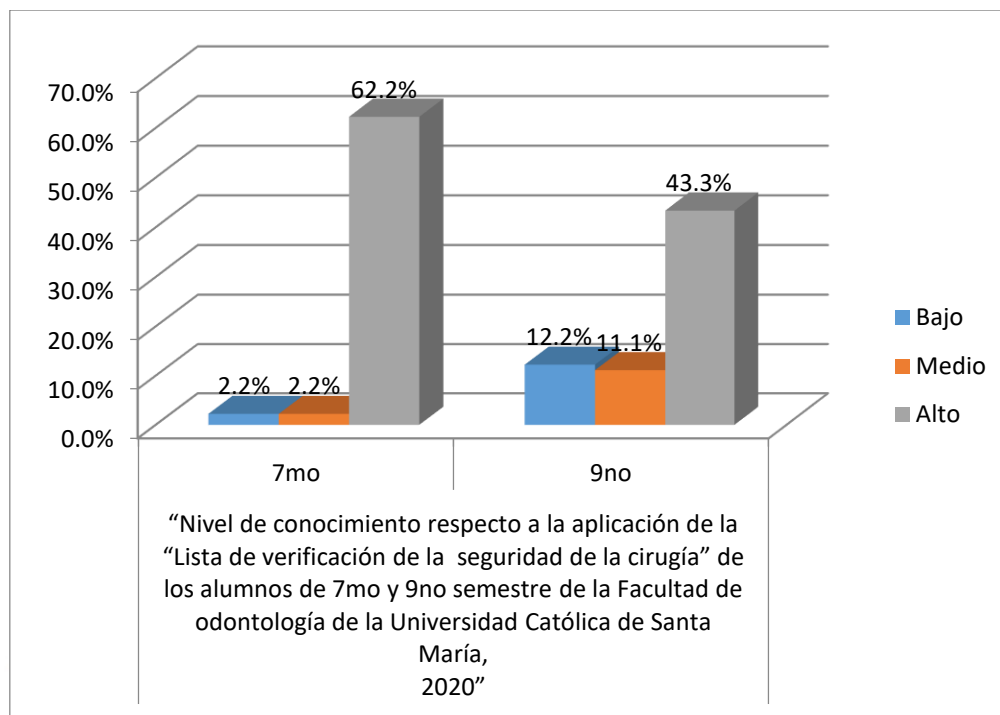
Interpretación:

Los resultados encontrados manifiestan que si existe diferencia de los alumnos de 7mo y 9no semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María, 2020, y se puede apreciar que el 7mo semestre presenta un índice más elevado con el nivel medio con el 62.2%% en comparación del 9no semestre que presenta un nivel de 43.3%, y en proyecciones de nivel regular en el 9no semestre con el 11.1% y en 7mo es menor el índice de solo el 2.2%, al final con índices menores tenemos a nivel bajo con el 12.2% en el noveno semestre y 2.2 en el séptimo semestre, los resultados muestran una mejor proyección en el séptimo semestre. .

Los resultados encontrados en el estadígrafo del chi cuadrado muestran un valor de $\chi^2 = 3.305$, la cual está dentro de los parámetros de aceptación (χ^2 limite 3.448), así mismo el valor de la significancia hallada es de $p=0.020$ menor al parámetro limite ($p<0.05$) por ende se acepta la diferencia entre los grupos analizados.

Gráfico N° 25:

:“Nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía” de los alumnos de 7mo y 9no semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María, 2020”



Fuente: Matriz de datos.

DISCUSIÓN

En la presente investigación podemos observar que el mayor porcentaje de respuestas correctas en nuestro cuestionario lo obtuvieron los alumnos del 7mo semestre. Esto se contradice con la hipótesis de trabajo donde se esperaba que ambos grupos de alumnos tuvieran el mismo resultado.

Bajo el escrutinio de la interpretación estadística se manifiesta la diferencia de nivel de conocimiento entre los alumnos del 7mo y 9no semestre de la facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María ya que se aprecia que el índice elevado de conocimiento porcentualmente hablando de un 62% corresponde a los alumnos de 7mo semestre, y es en comparación superior al nivel que presentan los alumnos del 9no semestre quienes presentan un nivel de conocimiento del 43% ,esto nos trae a colación el buscar la causa por la cual hay esta discrepancia

Si comparamos con el antecedente NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA POR EL PERSONAL DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO (Izquierdo Baca) del año 2015 observamos que al verificar las historias clínicas de 191 pacientes, en un 68% no se cumplió la lista de verificación de cirugía segura en los diferentes procesos que demanda la Cirugía Segura tanto desde la fase pre-anestésica como quirúrgica; así también vemos que el Cirujano Dentista durante la realización de los actos quirúrgicos realiza las funciones de anesestesiólogo y Cirujano es decir que durante el procedimiento quirúrgico y antes del procedimiento quirúrgico está involucrado en dar cumplimiento a la lista de verificación de cirugía segura, vemos así cuán importante es que desde la etapa formativa los futuros profesionales cirujano dentistas deben de estar involucrados en este tema dado que esta lista de verificación a pesar de su sencillez tiene una trascendencia fundamental para evitar complicaciones posteriores al acto quirúrgico.

Nosotros pensamos que la complementación de la formación práctica o el desarrollo de la práctica clínica de los alumnos, va de la mano con el nivel de conocimientos teóricos que estos reciben. Sin embargo, es una realidad palpable que muchos de los alumnos al momento de realizar los trabajos clínicos, es decir,

al momento de desarrollar la actividad para la cual se han preparado en conocimiento teórico deben de seguir procedimientos o métodos que garanticen el éxito de estos trabajos. En muchas ocasiones los alumnos manifiestan algún tipo de sobre entendimiento de dichos procesos, o la mecanización de la práctica clínica obviando algunos pasos, lo cual conlleva a una práctica odontológica inadecuada.

Ante esta situación surgen muchas interrogantes; como cuáles son las causas que generan que haya esta discrepancia entre los resultados, dado que debería de manifestarse en forma homogénea ya que el conocimiento tanto de los alumnos del 7mo como el 9no semestre respecto de su formación académica debería ser los mismos conocimientos y deberían de practicar los mismos procedimientos en el desarrollo de su trabajo odontológico; sin embargo no podemos dilucidar exactamente cuáles serían estas causales, puesto que sería motivo de otro trabajo de investigación; sin embargo en el antecedente NIVEL DE CUMPLIMIENTO Y FACTORES QUE INFLUYEN EN LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA, Rivero García et.al, realizado en la ciudad de México (2012), se indica que el nivel de cumplimiento de la LVCS fue del 87.97%, un nivel de cumplimiento muy elevado, concluyendo un 91.8% de los profesionales que consideran que es un instrumento viable y beneficioso, tanto para el profesional, como para el paciente.

Podríamos plantear una serie de inquietudes más, que lo único que harían serían dispersarnos en cuanto al objetivo fundamental del presente estudio .El objetivo fundamental del presente es determinar si los alumnos están preparados o no para desarrollar la lista de verificación de la cirugía segura ,este procedimiento que es sencillo en cuanto a su manejo nos va ayudar en cómo poder desarrollar una práctica quirúrgica que sea segura para nuestros pacientes, que minimice la posibilidad de riesgos o complicaciones al momento de una cirugía de complejidad media o alta ,las cuales hoy en día en la práctica odontológica son más frecuentes dado que las patologías que presentan los pacientes están variando en cuanto a su complejidad , la gran variedad de tratamientos alternativos que se presentan en la oferta odontológica y las cada vez más exigentes y demandantes condiciones que imponen los pacientes para la mejora de su salud bucal.

La OMS considera que es un reto a nivel mundial conseguir que se aplique y cumpla la lista de verificación de Cirugía Segura (LVCS), ya que un 25% de los actos quirúrgicos presentan complicaciones relacionadas con errores técnicos y con este instrumento estos eventos adversos son prevenibles; en especial en los actos quirúrgicos tanto electivos como de urgencia, esto ha sido señalado en el antecedente RESULTADOS DE LA LISTA DE VERIFICACION QUIRURGICA EN 60 PACIENTES, REALIZADO POR Arenas Marquez et.al en la ciudad de Mexico (2011), donde de los pacientes operados que se les aplicó la LVCS el 60% presentaron eventos que alteraron el flujo normal de la cirugía, sin impactar en el paciente, se detectaron fallas técnicas desde fugas en el oxígeno, falta de aguja de sutura, entre los principales, situaciones que son prevenibles y detectables gracias a la LVCS, y para ello debemos de tener en consideración que si nos iniciamos en el uso y empleo apropiado de la LVCS desde estudiantes, se convertirá en un elemento de trabajo de nuestra práctica cotidiana y que redundará en beneficio de nuestros pacientes y nuestro prestigio profesional.

Debemos de recordar que las redes sociales tienen efecto significativo en nuestra práctica profesional, por tanto debemos de considerar la perspectiva de nuestro paciente, tal como lo consideró C. COLLAZOS et.al en su trabajo VERIFICACION DE CHEQUEO PARA SEGURIDAD EN CIRUGIA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE (Colombia 2013), donde se preguntó a los pacientes sobre la percepción de seguridad en los actos quirúrgicos, así se muestra que el 90% de pacientes manifestaron según su perspectiva que si se cumple con la LVCS, y el ítem de menor cumplimiento fue el de la presentación de los miembros del equipo quirúrgico; por tanto hay procedimientos que damos por sobreentendidos y que son importantes; estudios psicológicos indican que si repetimos muchas veces un acto se convierte luego en una costumbre. La enseñanza de una práctica quirúrgica apropiada, desde estudiantes con parámetros estandarizados, es aplicable en nuestro medio, todo ello nos llevará al logro de profesionales que desarrollen una práctica odontológica con calidad, calidez, eficiente y eficaz.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

Evaluado el nivel de conocimiento de los alumnos del 7mo semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa María con respecto a la aplicación de la “hoja de cirugía segura” es de un 62.2%.

SEGUNDA:

Evaluado el nivel de conocimiento de los alumnos del 9no semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa María con respecto a la aplicación de la “hoja de cirugía segura” es de un 43.3%.

TERCERA:

Al comparar el nivel de conocimiento de los alumnos de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa María con respecto a la aplicación de la “hoja de cirugía segura” los alumnos del 7mo semestre obtuvieron el mayor nivel de conocimiento comparado con los del 9no semestre.

RECOMENDACIONES

PRIMERA:

Debe revisarse la actualización de los contenidos curriculares, para mantener a los alumnos al tanto de los protocolos necesarios de ejercer una odontología moderna, eficiente y eficaz.

SEGUNDA:

Próximos a ingresar a clínica los alumnos deberían llevar un curso de orientación básica como repaso de todos los cursos teóricos llevados en pre clínica para asegurarse de que estén bien preparados.

TERCERA:

Realizar talleres de actualización para conocimiento y difusión de disposiciones legales vigentes respecto de protocolos de atención odontológica general y especializada que contribuyan al ejercicio de una odontología segura tanto para el paciente como para el profesional.

REFERENCIAS

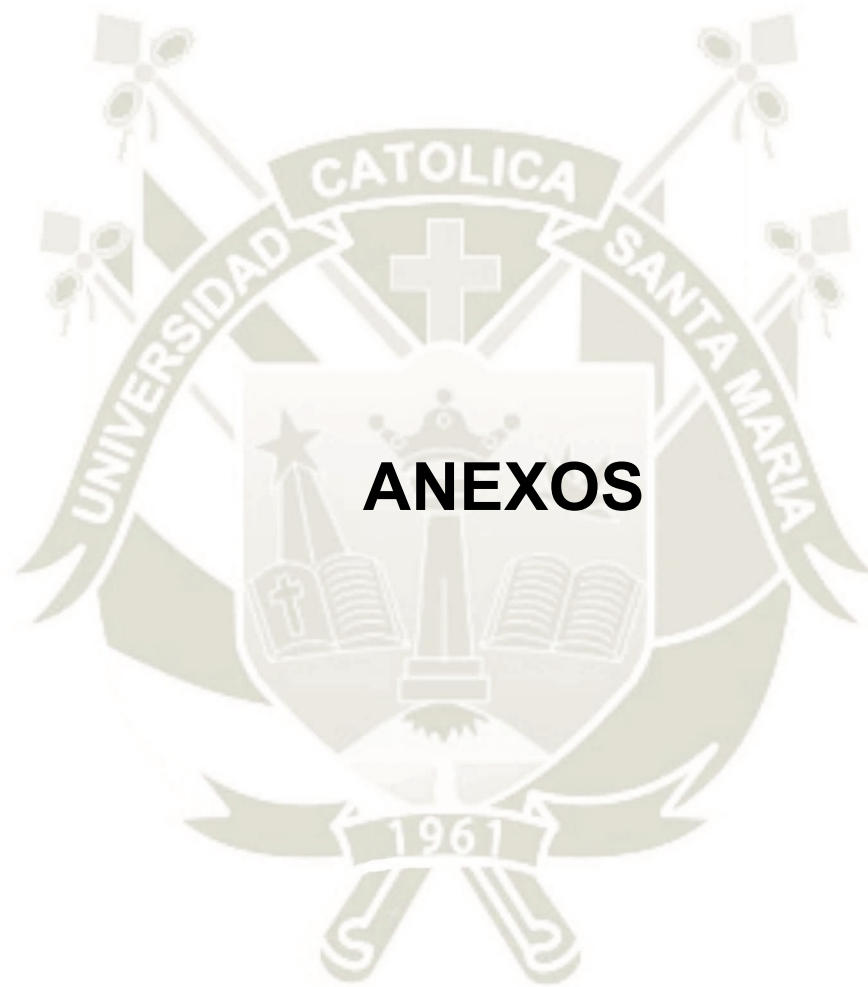
1. Estrategia de seguridad del paciente del sistema nacional de salud periodo 2015-2020, pág. 84 disponible en : <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS. © Organización Mundial de la Salud; 2008 [cited 2019May12]. Available from: https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf
3. World Alliance for Patient Safety. Patient safety. [Internet] Manual de Aplicación para una explicación más detallada de cada paso. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/technical/en/index.html. Fecha de acceso: 02 de Mayo del 2019
- 4 Organización Mundial de la Salud. [Internet]. LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS. © Organización Mundial de la Salud; 2008 [citado 2020Nov12]. Disponible en : https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_manual_spanish.pdf
- 5 Open Course Ware. Universidad de Sevilla. [Internet] Cirugía Bucal / Tema 12. Intraoperatorio en Cirugía Bucal. Disponible en: http://ocwus.us.es/estomatologia/cirurgia-bucal/cirurgia_bucal/tema-12/page_04.htm. Fecha de acceso: 08 de Mayo del 2019
- 6 World alliance for Patient Safety, Op. cita, Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/technical/en/index.html
- 7 Organización Mundial de la Salud . LISTA OMS DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA MANUAL DE APLICACIÓN. 1ra Edición. Francia . Ediciones de la OMS.2008
- 8 World Alliance for Patient Safety, Op. cit., Disponible en:

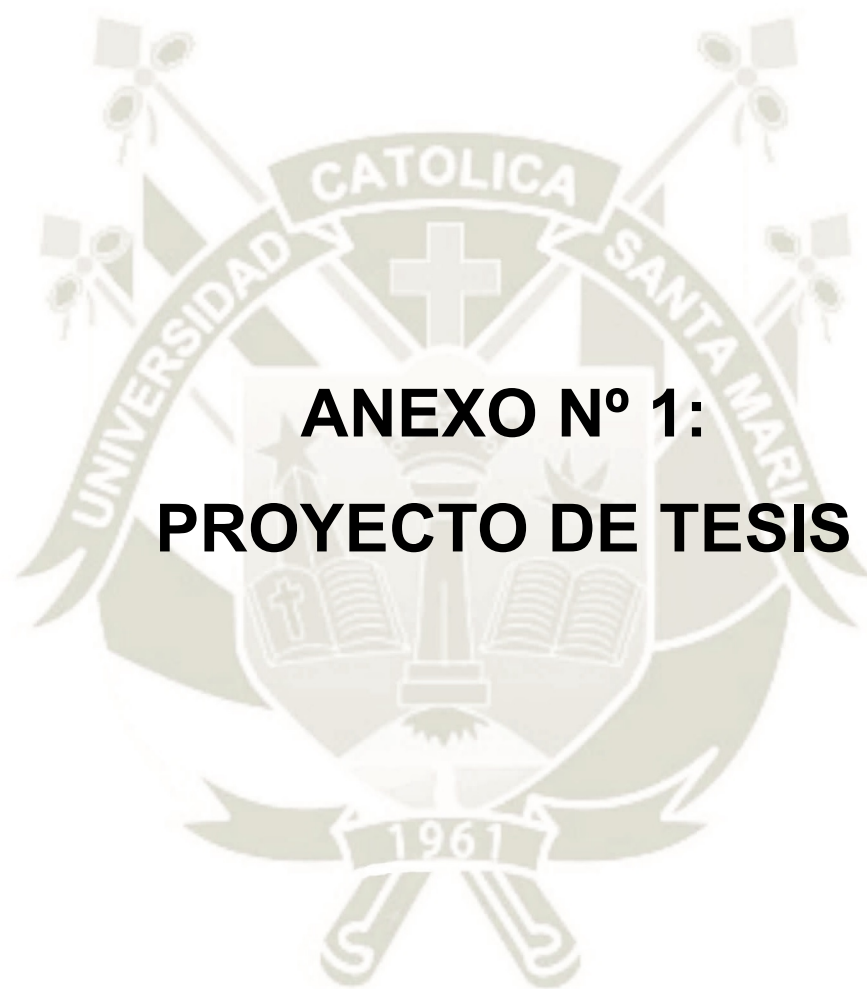
- http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/technical/en/index.html
- 9 Bioseguridad en el Quirófano. [Internet] Barreras de seguridad en Cirugía. Disponible en:http://congreso enfermeria.es/libros/2012/salas/sala2/p_189.pdf. Fecha de acceso: 07 de Mayo del 2019
 - 10 World Alliance for Patient Safety, Op. cit., Disponible en:http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/technical/en/index.html
 - 11 Organización Mundial de la Salud. Seguridad del Paciente. . [Internet] Manual de Aplicación para una explicación más detallada de cada paso. Disponible en: https://www.who.int/topics/patient_safety/es/. Fecha de acceso: 08 de Mayo del 2019
 - 12 World Alliance for Patient Safety, Op. cit., Disponible en:
http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/technical/en/index.html
 - 13 Open Course Ware. Op. Cit., Disponible en:
http://ocwus.us.es/estomatologia/cirugia-bucal/cirugia_bucal/tema-12/page_04.htm. Fecha de acceso: 08 de Mayo del 2019
 - 14 World Alliance for Patient Safety, Op. cit., Disponible en:
http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/technical/en/index.html
 - 15 Organización Mundial de la Salud. [Internet]. LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS. © Organización Mundial de la Salud; 2008 [cited 2020Oct26]. Available from:
https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf
 - 16 Arteaga Soto MPA. Relación entre el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura y la gravedad de los efectos adversos en pacientes del servicio de neurocirugía del Hospital Honorio Delgado Espinoza [Internet].

- Repository. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 1970 [cited 2020Oct26]. Available from: <http://bibliotecas.unsa.edu.pe/handle/UNSA/11005>
- 17 Lazo Valer HF, Torres Paucar YS. Experiencias en la aplicación de la hoja de cirugía segura en enfermeras del Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2017 [Internet]. Repository. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 1970 [cited 2020Oct26]. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/2431>
- 18 Izquierdo Baca Fdel P. Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo 2015 [Internet]. Cybertesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1970 [cited 2020Oct26]. Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/5078>
- 19 Figueroa Custodio W, Inoñan Llauce SE, Bazán Sánchez CL. Experiencias de las enfermeras quirúrgicas en el Proceso de implementación de la Lista de Verificación: Cirugía Segura, Hospital III-1 MINSA. Chiclayo- Perú, 2014. cietna [Internet]. 10 de julio de 2018 [citado 26 de octubre de 2020];3(1):50-2. Disponible en: <http://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/55>
- 20 Rivero MD, Nolasco A. [Internet] [thesis]. Nivel de cumplimiento y factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. <http://www.medigraphic.org.mx/>; 2012 [cited 2020Oct25]. Available from: <http://www.index-f.com/rmec/20pdf/20-047.pdf>
- 21 Arenas MH, Hernández ZJF, Carvajal MJA, et al. Resultados de la aplicación de la lista de verificación quirúrgica en 60 pacientes. Cir Gen. 2011;33(3):156-162.
- 22 Collazos C, Bermudez L, Quintero A, Quintero LE, Díaz MM. Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente [Internet]. Revista Colombiana de Anestesiología. No longer published by Elsevier; 2013 [cited 2020Oct27]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120334713000038>

- 23 Soria-Aledo V, Silva ZNAD, Saturno PJ, Grau-Polan M, Carrillo-Alcaraz A. Dificultades en la implantación del check list en los quirófanos de cirugía [Internet]. Cirugía Española. Elsevier Doyma; 2012 [cited 2020Oct27]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0009739X11004349>







**ANEXO N° 1:
PROYECTO DE TESIS**

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Odontología
Escuela profesional de Odontología



“NIVEL DE CONOCIMIENTO RESPECTO A LA APLICACIÓN DE LA “LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA” DE LOS ALUMNOS DE 7MO Y 9NO SEMESTRE DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, 2020”

Proyecto de Tesis presentado por la Bach.:

Alcocer Becerra Melany Fiorela

Para optar el título profesional de:

Cirujano Dentista

Asesor: **Dr. Baldárrago Salas Wilmer**

Arequipa-Perú

2020

INTRODUCCION

La seguridad del paciente se considera una situación importante a nivel de salud pública, por eso la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente se estableció en 2004. El propósito de la alianza es hacer que todo el personal involucrado en la atención médica siga los principios de seguridad. La 55ª Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA55.18, que define el desafío global de "la cirugía segura salva vidas" de la Alianza Global para la Seguridad del Paciente.

En los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud para reducir el número de muertes, errores o enfermedades causadas por la cirugía, el Ministerio de Salud, a través de la Administración General de Salud Popular (Oficina de Calidad), cooperó con la Escuela de Medicina del Perú para establecer una "lista de verificación de seguridad quirúrgica" para predecir problemas de seguridad.

La "Lista de verificación de seguridad" de la cirugía, está formada por 3 partes, cada una de ellas cumple con la función de asegurar la correcta realización de los procesos quirúrgicos, tales como: Antes de la inducción de la anestesia, antes de realizar la incisión quirúrgica, antes de que el paciente salga del quirófano; las cuales permiten realizar un control riguroso de la intervención quirúrgica y poder realizar una correcta práctica anestésica, evitar infecciones quirúrgicas y evitar la escasa comunicación entre los miembros de los equipos quirúrgicos.

En este sentido, los servicios médicos a nivel nacional y las universidades de formación profesional deben fortalecer en los profesionales, estudiantes y profesionales de la salud a nivel nacional, incluyendo el área de odontología, la mejora de la calidad; priorizando 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 disminuye la ocurrencia de eventos adversos.

1. ENUNCIADO:

“Nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía” de los alumnos de 7mo y 9no semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María, 2020”

2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

- Comparativo

3. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

- **Finalidad:** Pura o básica

- **Ámbito:** Documental

4. DESCRIPCIÓN

a. Área del conocimiento

- Área general : Ciencias de la salud
- Área Específica : Odontología
- Especialidad : Cirugía
- Línea : Cirugía maxilofacial

5. Análisis de variables

Cuadro de Interpretación de Variables

VARIABLE	INDICADORES	SUBINDICADORES
Situacional: Nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía”	<input type="checkbox"/> Antes de la inducción de la anestesia	<input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo
	<input type="checkbox"/> Antes de la incisión cutánea	<input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo
	<input type="checkbox"/> Antes de que el paciente salga del quirófano	<input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo

6. Problemas:

a. Problema principal.

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía” de los alumnos de 7mo y 9no semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María?

b. Problemas secundarios.

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía” de los alumnos de 7mo semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía” de los alumnos de 9no semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María?

7. Objetivos:

a) Objetivo general.

- Comparar el nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía” de los alumnos de 7mo y 9no semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María

b) Objetivos específicos

- Evaluar el nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía” de los alumnos de 7mo semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María

- Evaluar el nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la “Lista de verificación de la seguridad de la cirugía” de los alumnos de 9no semestre de la Facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María

8. Justificación

a. Importancia científica.

- La presente investigación ayudara a recolectar información necesaria para el proceso de optimización del manejo de los procedimientos quirúrgicos y del empleo de la anestesia en beneficio de los pacientes, acorde con la normativa vigente.

b. Actualidad

- Desde la creación de la superintendencia nacional de salud, en el año 2015 se vienen implementando normas técnicas y procedimientos estandarizados internacionalmente , es así que la presente investigación está acorde a los estándares internacionales recientemente dados para la aplicación de la Hoja de cirugía segura

c. Viabilidad

- Es viable porque se aplicara en los alumnos de 7mo y 9no semestre de la Facultad de odontología de la UCSM , debido a que ellos realizan sus prácticas clínicas con pacientes y realizan procedimientos quirúrgicos, siendo indispensable el conocimiento y manejo de los protocolos estandarizados para dichos procesos .La poca cantidad de recursos necesarios para realizar esta investigación la hacen viable, y también el tiempo necesario es corto, mediante la aplicación del instrumento (cuestionario) basada en la Normativa de aplicación de la Hoja de cirugía segura , y se aplica conjuntamente a los alumnos de 7mo y 9 no semestre siendo así en in tiempo corto y limitado.

d. Utilidad

- Esta investigación sirve para verificar el conocimiento sobre la aplicación de la Hoja de cirugía segura de todos los alumnos de la Facultad de Odontología de la UCSM, pudiendo corroborar la preparación en el campo de cirugía y así lograr que los egresados cumplan con la normativa que establece el MINSA y evitar lesiones y contratiempos al momento de realizar intervenciones quirúrgicas.

9. Ficha Taxonómica.

ABORDAJE	TIPO DE ESTUDIO					DISEÑO	NIVEL
	<i>Por la técnica de recolección</i>	<i>Por el tipo de dato que se planifica recoger</i>	<i>Por el número de mediciones de la variable</i>	<i>Por el número de muestra s o poblaciones</i>	<i>Por el ámbito de recolección</i>		
CUANTITATIVO	<i>Observacional</i>	<i>Prospectivo</i>	<i>Transversal</i>	<i>Descriptivo</i>	<i>Documental</i>	No experimental Descriptivo	Comparativa

3. Marco conceptual.

3.1.1. CIRUGÍA SEGURA:

Las intervenciones quirúrgicas son la elección principal para tratar algunas enfermedades, tratar la sintomatología o reducir la mortalidad de las mismas, sin embargo el paciente que se somete a cirugía está expuesto a eventos adversos, los cuales se pueden evitar o reducir para garantizar su salud y bienestar. Es así que más del 50% de los eventos adversos evitables que podrían producir muerte o discapacidad se deben a eventos quirúrgicos, siendo esta la problemática en la estandarización de técnicas de anestesia segura, las infecciones quirúrgicas evitables y la falta de comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico. Siendo así estos los problemas habituales que pueden provocar daños considerables.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) dentro de sus metas para mejorar la seguridad del paciente durante el periodo 2015-2020 planteo mejorar la seguridad quirúrgica en los pacientes teniendo cuatro aspectos en consideración:

- Tener una cirugía limpia
- Poder estandarizar una técnica de anestesia segura
- Contar con equipos quirúrgicos seguros
- Tomar medidas y mecanismos para asegurar una buena calidad de atención quirúrgica en el paciente

Los mecanismos que se plantearon para el logro de estos procedimientos se podría lograr a través de la promoción y uso de un instrumento de verificación estandarizado mundialmente de carácter documental denominado “Lista de verificación de cirugía segura” (LVCS) como prevención ante sucesos adversos asociados a procesos quirúrgicos.

Esto requiere de estrategias específicas multimodales y multidisciplinares que incluyan su adecuada implementación y uso para detectar incidentes en torno al acto quirúrgico. Hablamos de una medida simple, eficiente y efectiva para mejorar la seguridad del paciente en el procedimiento quirúrgico facilitando el cumplimiento del protocolo universal (paciente correcto, procedimiento correcto y sitio correcto) y la prevención de infección del sitio quirúrgico¹

Se estima que la correcta aplicación de la LVCS se asocia a la reducción significativa del 10% de la tasa de complicaciones y muertes, además de brindar una mayor sensación de seguridad y promover una mejor calidad de comunicación entre los profesionales. Siendo así, se puede decir que la LVCS brinda evidencias de buena calidad, en cuanto a las medidas que aumentan la seguridad del paciente quirúrgico; ya que con esto se busca sistematizar los distintos pasos que se dan durante un acto quirúrgico y poder garantizar una mayor seguridad a los pacientes cuando es aplicado correctamente por el equipo quirúrgico².

3.1.2. ESTRATEGIA DE CIRUGÍA LIMPIA:

Según la OMS: “La cirugía limpia se refiere a la normativa de asepsia y bioseguridad que deben respetar los equipos quirúrgicos, en el antes durante y después de una cirugía”³.

Esta incluye la higiene o correcto lavado de manos, el uso apropiado de antibióticos, la adecuada preparación de la piel y cuidado de la herida.

Se tiene en cuenta factores como los antecedentes de dicha patología hasta la adecuada desinfección del instrumental y sobretodo el uso de medicamentos según se requiera para reducir la contaminación de la herida.

Se llega a considerar una cirugía como limpia:

- Cuando el tejido que se va a intervenir no está inflamado.
- Cuando se mantiene la asepsia quirúrgica.
- Cuando no se presenta ningún trauma previo u operación traumatizante.
- Cuando no se encuentra afectado el tracto respiratorio, digestivo ni genitourinario³.

3.1.3. ESTRATEGIA DE ANESTESIA SEGURA

Según la OMS: “La Anestesia Segura es un proceso de verificación que incluye el antes, durante y después de la anestesia, aplicada en una intervención quirúrgica”⁴.

En esta se enfatiza que, para poder cumplir con los parámetros estipulados por la OMS, el Anestesiólogo debe llevar a cabo los protocolos adecuados para la inducción a la anestesia, tales como verificar con el paciente su identidad, revisar el lugar anatómico de la intervención y decir el procedimiento a realizar en voz alta junto con el Cirujano, así como, el consentimiento del paciente para ser operado. Tendrá confirmación visual de la delimitación del sitio quirúrgico (en caso todo lo demás proceda) y que el paciente tenga colocado un pulsioxímetro funcional correctamente. Además, confirmara verbalmente el riesgo de hemorragia, dificultades en el acceso a la vía aérea y reacciones alérgicas del paciente, y si se llevó a cabo una comprobación del óptimo funcionamiento del equipo de anestesia.

Es de carácter obligatorio corroborar los siguientes parámetros:

- Contar con la presencia de un anestesiólogo certificado
- Pulsioxímetro funcional y en excelentes condiciones

- Monitorización constante de frecuencia cardíaca y respiratoria del paciente
- Control de presión sanguínea y temperatura estables⁴.

3.1.4. ESTRATEGIA DE PROFESIONALES SEGUROS

El personal presente debe estar entrenado y en constante capacitación, así se puede asegurar que la intervención será realizada en el lugar y paciente correcto, ubicando el lugar de la cirugía antes de que sea realizada y tomando en cuenta los mecanismos de control del dolor necesarios.

Todo el equipo quirúrgico en sala debe aplicar el consentimiento informado y cumplir a cabalidad sus funciones para evitar complicaciones durante el mismo.

Una vez se dé por terminada la intervención es necesario evaluar diariamente a todos los pacientes para poder asegurar el éxito de la Cirugía.

3.1.5. PAUSA QUIRÚRGICA

En lo que se conoce como “Pausa quirúrgica”, cada uno de los miembros del equipo se tiene que presentar por su nombre completo y función. En caso ya hayan operado juntos anteriormente en el día, pueden confirmar simplemente que la totalidad de los presentes en la sala se conocen. Todo el equipo se detendrá antes de la incisión cutánea para confirmar, en voz alta, la realización de la operación correcta, en el paciente y sitio correctos; luego de esto el equipo revisará verbalmente, por turnos, los puntos fundamentales del plan de intervención, usando como guía las preguntas de la LVCS⁵.

3.1.6. BARRERAS DE SEGURIDAD

La OMS las define como: “El conjunto de medidas preventivas, cuyo objeto es proteger la salud y seguridad personal de profesionales y

pacientes, frente a los muchos riesgos atribuidos a agentes biológicos, físicos y mecánicos”.

Estas barreras son restricciones, ya sean administrativas o técnicas que tienen una alta posibilidad de detener el esparcimiento, absorción y efecto de los diferentes agentes contaminantes y así poder evitar el daño a profesionales y pacientes⁶.

Entre estas las principales barreras de seguridad para el profesional incluye:

- Lavado de manos: Utilizando la técnica adecuada, manteniendo el poco contacto y usando los implementos adecuados:
 - * Lavado corto
 - * Lavado medio
 - * Lavado largo
- Limpieza, desinfección, descontaminación y esterilización impidiendo a toda costa el paso del material limpio y estéril por áreas sucias.
- Utilizar la vestimenta quirúrgica apropiada, que en si constituye la barrera más alta y efectiva de protección del profesional y el paciente, pudiendo evitar el contacto con las superficies estériles, el contagio de enfermedades y la aparición de infecciones por patógenos adyacentes.
- El área quirúrgica se divide en tres áreas:
 - * Zona negra: Es la primera zona de restricción. Esta es el área de acceso, aquí se realiza la presentación de los pacientes; se hace el trabajo administrativo relacionado a la cirugía y el personal debe usar la vestimenta reglamentaria como uniforme o mandil. Aquí se prepara al paciente para entrar a la cirugía.

- * Zona Gris: Más conocida como la zona limpia. Todo el personal que entre a esta zona, debe vestir pijama quirúrgico. Deben utilizar gorro descartable; la nariz y la boca se deben cubrir con una mascarilla y se debe cubrir el calzado con botas descartables.
- * Zona blanca: Es el lugar de mayor restricción, ya que aquí se realiza la intervención. Esta tiene requerimientos para su función, como flujo constante de aire, piso resistente al agua, paredes llanas y sin esquinas con recubrimiento de iones de plata y temperatura ambiental de 18 a 23°C⁷.

3.1.7. SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se considera seguridad del paciente a la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud, siendo esto a través del uso de prácticas más óptimas, que aseguren la obtención de resultados óptimos para el paciente⁸.

Esta seguridad es un principio fundamental de atención sanitaria. Ya que hay que considerar un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud.

Para mejorar la seguridad del paciente se requiere de un gran esfuerzo por parte de todo el sistema de salud, que incluye una serie de acciones direccionadas hacia la mejora del desempeño de gestión de la seguridad y control de los riesgos ambientales., entre estos está incluido el control de infecciones, el uso seguro de medicamentos y la seguridad y correcto funcionamiento de los equipos en la práctica clínica prestada a la atención sanitaria⁹.

3.1.8. COMPLICACIÓN

Una complicación puede definirse como un resultado clínico desfavorable, de causa probablemente inherente a condiciones propias del paciente y/o al curso natural de su enfermedad¹⁰.

También se podría decir que la complicación es el agravamiento de una enfermedad o procedimiento médico con una patología intercurrente, que puede ser de aparición espontánea con una relación causal probablemente directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado¹¹.

3.1.9. EVENTO ADVERSO

Es todo accidente que tenga como consecuencia un daño al paciente o que se haya tenido el riesgo de ocasionar daño al mismo, este está directamente relacionado a las condiciones de la asistencia, así como a las del propio paciente. Esto también incluye patologías propias del paciente o patologías a las que estaría propenso, complicaciones por sistema inmunológico débil, alergias, etc.

3.1.10. EFECTO ADVERSO

Este se puede definir como una lesión o un resultado inesperado y no deseado en la salud del paciente, que se asocia directamente con la atención de salud¹².

También se puede definir como un daño causado por un tratamiento quirúrgico, que no se condicione directamente por la enfermedad o dolencia que padece el paciente y que genera un aumento en la estancia hospitalaria, teniendo la posibilidad de incapacitar o incluso, en casos excepcionales, llegar a la muerte del paciente.

3.1.11. INCIDENTE

Es un evento o circunstancia que tuvo la posibilidad de haber producido o que produjo algún daño a un paciente de manera imprevista. Se podría decir que es básicamente un “evento adverso” que no logró causar daño, pero si era susceptible de provocarlo en otras circunstancias o un suceso que puede llegar a favorecer la aparición de un “evento adverso”.

Entre los incidentes más frecuentes en quirófano, se toman en cuenta:

- Las fallas técnicas del equipo de monitorización o de la máquina anestésica.
- Problemas derivados a la administración de drogas.
- Fallas del sistema respiratorio, que en su momento no fueron detectadas por el anesthesiólogo.
- Patologías agregadas del paciente (como pueden ser las fallas multiorgánicas, sepsis, hipotensión arritmias, entre otras.)
- Situaciones derivadas de la propia cirugía.
- Eventos que pueden llegar a pasar pero que son poco frecuentes como las interacciones medicamentosas negativas, anafilaxia, hipertermia maligna o incluso presencia de pseudocolinesterasa atípica, entre otros.

3.1.12. EVENTO CENTINELA

Este es un tipo de evento adverso que produce muerte o algún daño físico o psicológico de carácter severo permanente, que no se encontraba presente con anterioridad y que requiere de tratamiento permanente o incluso de un cambio de estilo de vida.

Estos eventos centinela se consideran lesiones de carácter permanente y de alta severidad como muerte cerebral, hipoxia, infartos cardiacos o paros respiratorios que pueden suscitarse por situaciones adversas y que deben ser tratados inmediatamente, pero si se diera la situación de que no se hayan podido controlar ,por su naturaleza tan agresiva o incluso por tiempos de acción muy cortos, pueden generar efectos definitivos que afecten la salud absoluta del paciente, incluso pudiendo llegar hasta la muerte.

3.1.13. RIESGO

Este es un factor que aumenta la probabilidad de que ocurra algún evento adverso en el sistema de atención de salud.

Se debe resaltar que el riesgo no da por seguro que vaya a haber algún efecto adverso o incluso un accidente, pero si muestra que el equipo médico siempre debe estar preparado ante un evento adverso o considerando el peor de casos los de un efecto adverso¹³.

11. Hipótesis:

11.1. Hipótesis General:

DADO QUE existe un grado de conocimiento sobre la aplicación de la "Lista de verificación de la seguridad de la cirugía" entre los alumnos de 7mo y 9no semestre

ES PROBABLE que en los alumnos de 7mo y 9no semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa María el nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la "Lista de verificación de la seguridad de la cirugía " sea similar

11.2. Hipótesis específicas:

DADO QUE existe un grado de conocimiento sobre la aplicación de la "Lista de verificación de la seguridad de la cirugía" entre los alumnos de 7mo y 9no semestre

- a) ES PROBABLE que en los alumnos de 7mo semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa María el nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la "Lista de verificación de la seguridad de la cirugía " sea alto
- b) ES PROBABLE que en los alumnos de 9no semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa María el nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la "Lista de verificación de la seguridad de la cirugía " sea alto

12. Técnicas.

- Encuesta

13. Instrumentos.

a) Instrumentos documentales:

Cuestionario (ficha de recolección de datos)

CUADRO DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Situacional: □ Nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la “Lista de verificación de la seguridad de la	□ Antes de la inducción de la anestesia □ Antes de la incisión cutánea	Cuestionario	Cuestionario

14. Modelo de los instrumentos documentales:

Campo De Verificación:

a) Ámbito espacial:

Se realizara en las aulas de 7mo y 9no semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa María

b) Temporalidad:

Investigación transversal

c) Unidades de estudio

▢ Población:

Alumnos de 7mo y 9no semestre de la Facultad de Odontología de la UCSM.

El universo está constituido por 200 unidades de estudio.

▢ Muestra

La muestra está constituida por 134 unidades de estudio. Considerando el 5% de margen de error y el 95% de nivel de confianza.

15. Estrategias de Recolección:

a) Organización:

Para la recolección de datos se aplicara una encuesta a los alumnos cursantes del 7mo y 9no semestre de la facultad de odontología previa autorización de su tutor

b) Recursos

▢ **Recursos Humanos:** Participación será solo del autor

▢ **Recursos Físicos:** Hojas de recolección de datos y cuestionarios

▢ **Recursos Económicos:** la investigación será financiada por el autor

16. Criterios para manejos de datos:

Una vez recolectado los datos, se sistematizaran estadísticamente para el Análisis, interpretación y conclusiones finales.

CUADRO DE INTERPRETACIÓN Y MEDICIÓN

VARIABLE	INDICADORES	ESCALAS DE	ANÁLISIS
Nivel de conocimiento respecto a la aplicación de la "Lista de verificación de la seguridad de la cirugía"	▢ Antes de la inducción de la anestesia	ORDINAL	NIVEL DE CONOCIMIENTO (ALTO , MEDIO O BAJO)
	▢ Antes de la incisión cutánea	ORDINAL	NIVEL DE CONOCIMIENTO (ALTO , MEDIO O BAJO)
	▢ Antes de que el paciente salga del quirófano	ORDINAL	NIVEL DE CONOCIMIENTO

▢ **Plan de Tabulación**

En función a la sistematización de los datos obtenidos se formularán los cuadros y graficas correspondientes



ANEXO N° 2: INSTRUMENTO

CUESTIONARIO:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

El siguiente cuestionario busca conocer el nivel de sus conocimientos acerca de aplicación de la Hoja de verificación de cirugía segura.

Recuerde marcar SI o NO según usted considere la más válida y responder con la mayor veracidad posible. Gracias.

1.- ANTES DE LA INDUCCION DE LA ANESTESIA:

- a) Debe preguntarse la identidad del paciente?
SI NO
- b) Se debe marcar el sitio de la intervención?
SI NO
- c) Se requiere el consentimiento de un familiar?
SI NO
- d) Se debe realizar una inspección formal del instrumental y riesgo anestésico?
SI NO
- e) Es necesario verificar la permeabilidad de la vía aérea?
SI NO
- f) Se debe confirmar si el riesgo de hemorragia es <500ml en adultos?
SI NO

2.- ANTES DE LA INCISION CUTANEA

- a) Los miembros del equipo quirúrgico deben presentarse?
SI NO
- b) Se debe indicar los antecedentes del paciente?
SI NO
- c) El cirujano debe indicar cuanto durara el procedimiento?
SI NO
- d) Se debe contabilizar el equipo incluyendo gases y equipo de emergencia?
SI NO
- e) Se realiza la prevención de eventos críticos solo con el cirujano?
SI NO
- f) Los enfermeros estrictamente pasan el instrumental?
SI NO

g) El equipo esta conformado por cirujano , enfermera y anestesista?

SI NO

3.- ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DE EL QUIROFANO

a) El cirujano confirma verbalmente el nombre de el procedimiento realizado?

SI NO

b) El anestesista confirma el etiquetado de la muestra?

SI NO

c) El enfermero debe confirmar el recuento de instrumentos y gasas una ves que haya salido el cirujano de sala?

SI NO

d) Se debe mencionar cuales son los aspectos críticos de la recuperación y del Tratamiento de el paciente?

SI NO

e) Los odontólogos deben utilizar la hoja de verificación de cirugía segura?


SI NO

f) Si usted observa alguna irregularidad en el desarrollo de la hoja, lo reportaría?

SI NO

g) El enfermero debe mencionar en voz alta si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos?

SI NO



**ANEXO N° 3:
FICHAS DE VALIDACIÓN DE
INSTRUMENTOS**

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante : Baldonado Jahn Williams José
 1.2. Cargo e Institución donde labora : Docente Asistente, Facultad de Odontología - UNIVERSIDAD Católica Santa María
 1.3. Nombre del Instrumento motivo de evaluación : Ficha de Recolección de Datos
 1.4. Autor del Instrumento : Holany Procel's Noora Becerra

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		Deficiente 01-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					✓
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables					✓
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					✓
4. ORGANIZACIÓN	Presentación Ordenada					✓
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					✓
6. PERTINENCIA	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados				✓	
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.				✓	
8. ANALISIS	Descompone adecuadamente las variables/ Indicadores/ medidas.				✓	
9. ESTRATEGIA	Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación.				✓	
10. APLICACIÓN	Existencia de condiciones para aplicarse.					✓

III. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Marcar con una aspa)

APROBADO	DESAPROBADO	OBSERVADO
✓		

Lugar y fecha: Arequipa 29/10/20

DNI 29347686 Teléfono No 959614665

.....+16864200.....
 M^g WILLY ROSARIO ARANGO SALAS
 T.C. SANIDAD ODONT.
 Cirujano Maxilo Facial
 C.O.P. 5363
 R.N.E. 1363

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante : del Carpio Delgado Mirla
 1.2. Cargo e Institución donde labora : Hospital Regional Honorario Delgado
 1.3. Nombre del Instrumento motivo de evaluación : Cuestionario del
14 Anzo de cirugía segura
 1.4. Autor del Instrumento : Milani Alvaroz Becerra

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		Deficiente 01-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.				✓	
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables				✓	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología				✓	
4. ORGANIZACIÓN	Presentación Ordenada				✓	
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.				✓	
6. PERTINENCIA	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados				✓	
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.				✓	
8. ANALISIS	Descompone adecuadamente las variables/ Indicadores/ medidas.				✓	
9. ESTRATEGIA	Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación.				✓	
10. APLICACIÓN	Existencia de condiciones para aplicarse.				✓	

III. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Marcar con una aspa)

APROBADO	DESAPROBADO	OBSERVADO
✓		

Lugar y fecha:

Mirla Delgado
Firma del Experto Informante

DNI

29335766

Teléfono No

959653508

Dra. Mirla Del Carpio Delgado
CIRUJANO MAXILOFACIAL
COP 3940 - RNE. 1504

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante : Rodrigo Roberto Robles Samanumand
 1.2. Cargo e Institución donde labora : Director de Cirugía
IREM SUR, Distrito de Cirugía y Traumatología
Sancocha y la Pampa USMP, Cirujano de Cabeza y Cuello
 1.3. Nombre del Instrumento motivo de evaluación : Cuestionario, Fichas de Recolección de Datos
 1.4. Autor del Instrumento : Melany Akour Decerra

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		Deficiente 01-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.				✓	
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables				✓	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología				✓	
4. ORGANIZACIÓN	Presentación Ordenada				✓	
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.				✓	
6. PERTINENCIA	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados				✓	
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.				✓	
8. ANALISIS	Descompone adecuadamente las variables/ Indicadores/ medidas.				✓	
9. ESTRATEGIA	Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación.				✓	
10. APLICACIÓN	Existencia de condiciones para aplicarse.				✓	

III. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Marcar con una aspa)

APROBADO	DESAPROBADO	OBSERVADO
✓		

Lugar y fecha: Anguara 27. Oct 2020

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
IREN - SUR

.....
 Firma del Responsable Informante
Dr. Rodrigo Robles Samanumand
 Médico Cirujano - Cabeza y Cuello
 C.M.P. 44073 - R.N.E. 38410

DNI

Teléfono No

993852952

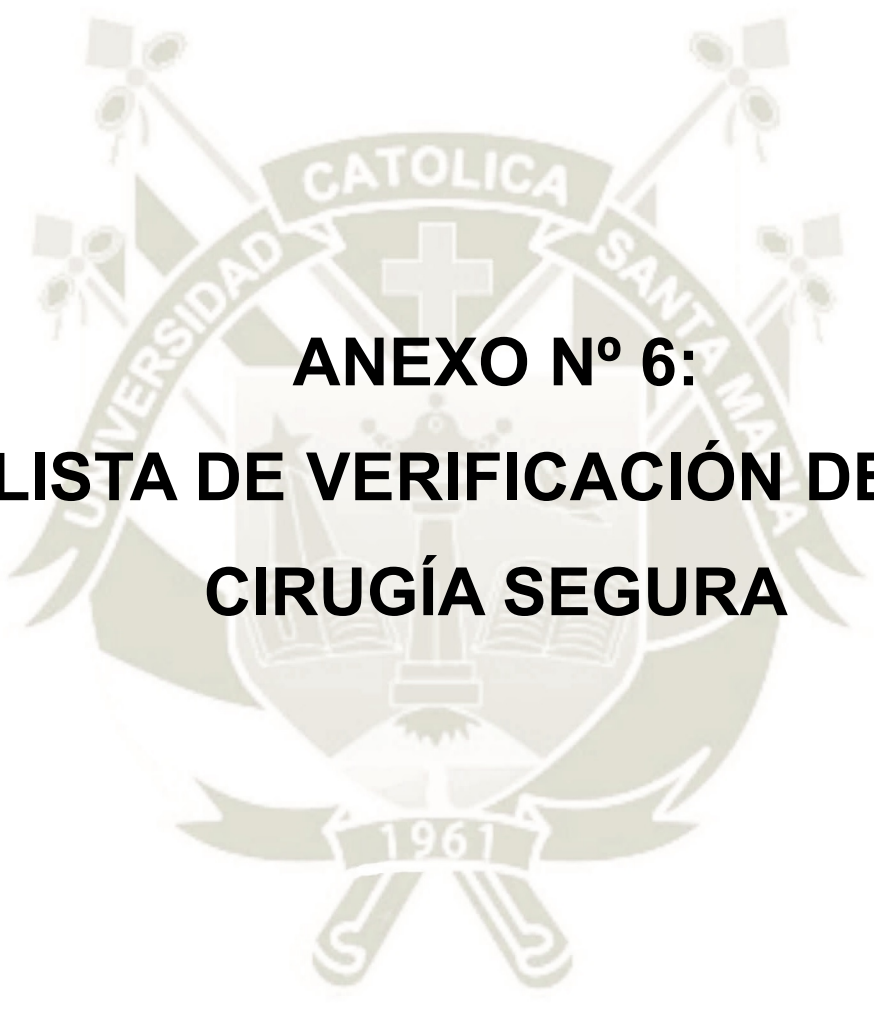


**ANEXO N° 4:
CRONOGRAMA DE TRABAJO:**

ACTIVIDAD	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
Elaboración de proyecto de tesis	X		
Recolección y procesamiento de datos		X	
Sustentación de tesis			X



**ANEXO N° 5:
MATRIZ DE DATOS**



**ANEXO N° 6:
LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA
CIRUGÍA SEGURA**

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía

Antes de la inducción de la anestesia

(Con el enfermero y el anestesiista, como mínimo)

¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?

Sí

¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?

Sí
 No procede

¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?

Sí

¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?

Sí

¿Tiene el paciente...

... Alergias conocidas?
 No
 Sí

... Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?

No
 Sí, y hay materiales y equipos / ayuda disponible

... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?

No
 Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales

Antes de la incisión cutánea

(Con el enfermero, el anestesiista y el cirujano)

Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función

Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento

¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?

Sí
 No procede

Previsión de eventos críticos

Cirujano:

¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados?
 ¿Cuánto durará la operación?
 ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?

Anestesiista:

¿Presenta el paciente algún problema específico?

Equipo de enfermería:

¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)?
 ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?

¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?

Sí
 No procede

Antes de que el paciente salga del quirófano

(Con el enfermero, el anestesiista y el cirujano)

El enfermero confirma verbalmente:

El nombre del procedimiento
 El recuento de instrumentos, gasas y agujas
 El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)
 Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos

Cirujano, anestesiista y enfermero:

¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?

La presente lista no pretende ser exhaustiva. Se recomienda completarla o modificarla para adaptarla a la práctica local.

Revisado 1 / 2009

© OMS, 2009