

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**APLICACIÓN DEL CHECK LIST POR EL LICENCIADO  
ENFERMERO EN RELACION A LA SEGURIDAD DEL  
PACIENTE DEL CENTRO QUIRURGICO CLINICA  
INTERNACIONAL - 2016**

**TRABAJO ACADEMICO**

**PRESENTADO POR:**

**LIC. PATRICIA MERCADO TORRES**

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN  
ENFERMERIA EN CENTRO QUIRURGICO**

**ASESORA:**

**Mg. LAURA PATRICIA ROA CAMPOS**

**LIMA, PERÚ**

**2016**

## RESUMEN

El presente trabajo académico es un proyecto de investigación que se realizó con el objetivo de determinar la relación que existe entre la aplicación del check list por el licenciado enfermero y la seguridad del paciente del centro quirúrgico clínica Internacional 2016. Es un estudio descriptivo, correlacional, cuantitativo, de corte transversal; la muestra estuvo constituida por 25 profesionales de enfermería. Para lograr los objetivos propuestos, fue necesario realizar una revisión bibliográfica sobre diferentes autores y diferentes fuentes, en el tema de la importancia de promover la aplicación del check list en sala de operaciones de la clínica Internacional y brindar cirugía segura al paciente quirúrgico, para reducir y prevenir los riesgos asociados a la cirugía, asimismo, los resultados servirán de base para nuevos estudios.

**PALABRAS CLAVE:** Lista de chequeo, cirugía segura, seguridad del paciente.

## **ABSTRACT.**

The present academical work is an investigation plan which was created with a purpose and, also, have had as an objective to determine the relation relationship between the application of the checklist by the graduate and the patient safety of the International Clinical Surgical Center 2016. In addition, it is a descriptive study, correlational, quantitative, cross-sectional, the study sample were constituted by 25 nursing professionals. To achieve the posed goals, it was necessary to carry out a bibliographical review of different authors and different sources, consultations on the importance of promote the application of the check list in the operating room of the International clinical and provide safe surgery to the surgical patient to reduce and prevent the risks associated with surgery. Additionally, the results it will be used as a basis for news studies.

**KEY WORDS:** Check list, safe surgery, patient safety.

## ÍNDICE

RESUMEN	ii
ABSTRACT	iii
INTRODUCCIÓN	vi
<b>CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>8</b>
1.1.- Descripción de la realidad problemática	10
1.2.- Definición del problema	10
1.3.- Objetivos de la investigación	11
1.4.- Finalidad e importancia	11
<b>CAPÍTULO II FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>13</b>
2.1.- Bases Teóricas	13
2.2.- Estudios Previos	32
2.3.- Marco Conceptual	37
<b>CAPÍTULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	<b>39</b>
3.1.- Formulación de Hipótesis	39
3.1.1.- Hipótesis General	39
3.1.2.- Hipótesis Específicas	39
3.2.- Identificación de Variables	39
3.2.1.- Clasificación de Variables	39
3.2.2.- Definición Conceptual de variables	40
3.2.3.- Definición Operacional de variables	41
<b>CAPÍTULO IV METODOLOGÍA</b>	<b>43</b>
4.1.- Tipo y nivel de Investigación	43
4.2.- Descripción del Método y Diseño	43
4.3.- Población, Muestra y Muestreo.	43
4.4.- Consideraciones Éticas.	44
<b>CAPÍTULO V TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>	
5.1.- Técnicas e Instrumentos	45

5.2.- Plan de Recolección, procesamiento y presentación de datos	46
--	----

## **CAPITULO VI ADMINISTRACION DEL PROYECTO**

6.1.- Cronograma de actividades	48
---------------------------------	----

6.2.- Presupuesto	49
-------------------	----

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍCAS</b>	51
-----------------------------------	----

<b>ANEXOS</b>	55
---------------	----

Anexo 01: Matriz de consistencia

Anexo 02: Instrumento

## INTRODUCCIÓN

En términos mundiales, se realizan anualmente unos 234 millones de intervenciones de cirugía mayor, lo que equivale aproximadamente a una operación por cada 25 personas. Este aumento de los actos quirúrgicos ha llevado consigo, un incremento del registro de complicaciones importantes que se ha mensurado en un 3-16% de los procedimientos quirúrgicos que requieren ingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0,4-0,8% aproximadamente. Cada año se operan 63 millones de personas con lesiones traumáticas, 10 millones de mujeres con complicaciones relacionadas con el embarazo y 31 millones de pacientes que precisan tratamiento oncológico. Estos resultados demuestran que la atención sanitaria, está orientada a la mejora de la salud. (FECAN 2015)

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa La cirugía segura salva vidas como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico. La iniciativa pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar cuestiones de seguridad importantes, como las prácticas inadecuadas de seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables o la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico. Se ha comprobado que estos problemas son habituales, potencialmente mortales y prevenibles en todos los países y entornos.

Para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de sucesos de este tipo, la Alianza, con el asesoramiento de cirujanos, anestesistas, personal de enfermería, expertos en seguridad del paciente y pacientes de todo el mundo, ha identificado una serie de controles de seguridad que podrían llevarse a cabo en cualquier quirófano. El resultado ha sido la Lista de verificación de la seguridad de la cirugía. (OMS 2011)

En el marco de estos esfuerzos desplegados por la Organización Mundial de la Salud por reducir el número de defunciones y errores adversos de origen quirúrgico, el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud de las Personas

(Dirección de Calidad), en un trabajo conjunto con el Colegio Médico del Perú, propone la Lista de verificación de la seguridad de la cirugía, pretendiendo abordar cuestiones de seguridad, tales como: prácticas anestésicas, infecciones quirúrgicas evitables y escasa comunicación entre los miembros de los equipos quirúrgicos. (MINSA 2011)

Es imperante que el enfermero(a) que labora en Centro Quirúrgico dentro de sus funciones tenga presente la aplicación de estas normas y protocolos por parte de todo el personal que labora en el quirófano. Se sabe que al quirófano ingresan diferentes profesionales de la salud y personas que se están formando en esta área los cuáles deben tener un entrenamiento previo que les facilite la comprensión y respectiva aplicación de la norma durante el proceso de aprendizaje.

El presente estudio permitirá establecer la relación existente entre la aplicación del check list por el licenciado enfermero con la seguridad del paciente del centro quirúrgico clínica internacional – 2016 y estará estructurado de la siguiente manera: Capítulo I ; Planteamiento del problema, Capítulo II; fundamentos teóricos de la investigación, Capítulo III ; Hipótesis y variables, Capítulo IV; Metodología: Capítulo V: Técnicas e instrumentos de recolección de datos, Capítulo VI: Administración del proyecto, Referencias bibliográficas y anexos.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1 Descripción de la realidad problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente; cada dos años han creado Retos Mundiales. El primer reto se centró en las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, en el año 2008, se lanzó el segundo Reto «La Cirugía Segura Salva Vidas», como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico. (4)

En términos mundiales, se realizan anualmente unos 234 millones de intervenciones de cirugía mayor, lo que equivale aproximadamente a una operación por cada 25 personas. Este aumento de los actos quirúrgicos ha llevado consigo, un incremento del registro de complicaciones importantes que se ha mensurado en un 3-16% de los procedimientos quirúrgicos que requieren ingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0,4-0,8% aproximadamente. Cada año se operan 63 millones de personas con lesiones traumáticas, 10 millones de mujeres con complicaciones relacionadas con el embarazo y 31 millones de pacientes que precisan tratamiento oncológico. Estos resultados demuestran que la atención sanitaria, está orientada a la mejora de la salud. (5)

Una de las consecuencias inmediatas de esta iniciativa fue la publicación de una guía de prácticas aplicables, dirigidas a reducir los eventos adversos, tanto en pacientes que reciben tratamiento médico, como pacientes que reciben tratamiento quirúrgico. Entre las prácticas recomendadas para la prevención de eventos adversos, destaca el check list, un breve cuestionario que, sin incrementar el gasto hospitalario, resulta accesible a todos los centros hospitalarios, es adaptable a las necesidades de cada uno de ellos y permite



diferenciar si el origen de los eventos adversos reside en el factor humano o, por el contrario, obedece a fallos técnico o sistémicos. (6)

El check list está basado en pruebas clínicas o en la opinión de los expertos de que dicha inclusión reducirá la probabilidad de daño quirúrgico grave evitable y probablemente no conlleve lesiones ni costos irrazonables. El check list también se diseñó atendiendo a la simplicidad y la brevedad.

No es raro leer o escuchar noticias como: —se amputa pierna equivocada...”, “...entra vivo y nunca más despierta de la cirugía”, “se opera para ser bella y muere”, situaciones que evidencian la falta de aplicación correcta de la lista de chequeo de la cirugía segura, ya que el propósito de la cirugía es salvar vidas; la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables, lo cual tiene repercusiones importantes en la salud pública. (7)

El objetivo final de la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía y de este manual es contribuir a garantizar que los equipos quirúrgicos adopten de forma sistemática unas cuantas medidas de seguridad esenciales, y minimicen así los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos ; el uso del checklist o listado de verificación quirúrgica , que constituye una herramienta, conocida, validada, efectiva y eficiente, con cuya implantación se pueda mejorar la seguridad del acto quirúrgico en cuestiones tales como la correcta identificación de pacientes, seguridad del acto anestésico, cirugía en lugar erróneo, información y consentimiento informado, profilaxis antibiótica, profilaxis antitrombótica, pérdida de piezas anatómicas y el olvido de cuerpos extraños. (8)

El checklist, , es una herramienta con la que, además de garantizar la seguridad del paciente y usuario, se facilita y acredita la buena practicas por parte de los profesionales sanitarios , la prevención de eventos adversos en el área quirúrgica no sólo disminuye la morbi-mortalidad de los pacientes, sino que disminuye el riesgo jurídico de los profesionales que son las segundas víctimas, constituyendo una herramienta de seguridad jurídica, en la medida en que a menos errores, habrá menos reclamaciones, menos procesos judiciales y más elementos de defensa frente a las reclamaciones que se presenten. (9)

Jean Watson, se basa en la armonía entre cuerpo, mente y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona que cuida y el cuidador. Cuando el paciente ingresa a sala de operaciones pone su vida en manos de todo el equipo quirúrgico, la enfermera es la encargada de preservar la seguridad y brindar una calidad de cuidado; para que todo el equipo de salud tome conciencia y evite eventos adversos, aplicando el check list.

En la realidad he observado , que en sala de operaciones de la clínica internacional ,el personal de enfermería no lo aplica adecuadamente en check list ,no le da la debida seriedad e importancia que tiene , y de esa manera ponemos en riesgo la salud del paciente que se somete a una cirugía ; se da por varias causas, a veces la cirugías vienen retrasadas , se ha visto en algunas ocasiones que por los apuros de los cirujanos se pasa por alto aplicar el check list y no se realiza o las enfermeras lo realizan rápidamente saliéndose varios ítems poniendo en riesgo la vida del ser humano

Se ha observado también que cuando se realiza la pausa quirúrgica debe hacerse antes que el cirujano haga el primer corte; pero no siempre es así; el cirujano ya corto y la enfermera ni siquiera comienza a aplicar el check list. Esto es una falta grave ya que ponemos cometer varios errores con el paciente durante el acto quirúrgico. Es por eso que viendo esta problemática me haga la pregunta

## **1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Qué relación existe entre la aplicación del check list por el licenciado enfermero con la seguridad del paciente del centro quirúrgico clínica internacional - 2016?

### **PROBLEMAS ESPECIFICOS**

1. ¿Qué relación existe entre la aplicación del check list por el licenciado enfermero con la Seguridad del paciente en el preoperatorio inmediato del centro quirúrgico de la clínica internacional - 2016?

2. ¿Qué relación existe entre la aplicación del check list por el licenciado enfermero con la Seguridad del paciente en el intra operatorio del centro quirúrgico de la clínica internacional - 2016?

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

1. Determinar la relación que existe entre la aplicación del check list por el licenciado enfermero con la seguridad del paciente del centro quirúrgico de la clínica internacional – 2016.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar la relación que existe entre la aplicación del check list por el licenciado enfermero con la Seguridad del paciente en el preoperatorio inmediato del centro quirúrgico de la clínica internacional 2016.
2. Identificar la relación que existe entre la aplicación del check list por el licenciado enfermero con la Seguridad del paciente en el intra operatorio del centro quirúrgico de la clínica internacional – 2016.

### **1.4. FINALIDAD E IMPORTANCIA**

El presente proyecto de investigación se fundamenta en la necesidad de promover la aplicación del check list en sala de operaciones de la clínica internacional, para prevenir errores y complicaciones en el paciente que se somete a una cirugía. Todo el personal que participara en el acto quirúrgico debe comprometerse en realizar el check list para Para reducir y prevenir los riesgos asociados a la atención de salud, y lograr que la atención sea sanadora y proporcione una mejor calidad de vida.

La investigación será emitida a la institución la misma que tomará en cuenta los resultados para tomar las medidas necesarias con la finalidad de concientizar al personal de enfermería que sea la guardiana del paciente que entrara a sala de operaciones y que realice correctamente el check list con la participación de todos.

Además, los resultados que se obtengan servirá como base para futuras investigaciones que se realicen en la clínica internacional sede san Borja, ya que permitirá reconocer que si tiene relación la seguridad del paciente con la aplicación de la hoja de check list.

## CAPITULO II

### FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION

#### 2.1. BASES TEORICAS.

##### 2.1.1. LISTA DE VERIFICACION DE UNA CIRUGIA SEGURA: CHECK LIST

###### 2.1.1.1. ENTRADA

Es antes de la inducción de la anestesia y se emplea para confirmar la seguridad del procedimiento. Se requiere la presencia al menos del anestesista y del personal de enfermería. El Coordinador de la lista que puede ser el personal de enfermería circulante en sala de operaciones o un personal de salud podrá rellenar esta parte de una sola vez o secuencialmente, en función de cómo se desarrolle la preparación para la anestesia. A continuación, se explican pormenorizadamente las distintas medidas de seguridad: <sup>(10)</sup>

**¿El paciente ha confirmado su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?**

El Coordinador confirma verbalmente la identidad del paciente, el tipo de intervención prevista, el lugar anatómico de la intervención y el consentimiento del paciente para su realización. Este punto es esencial para garantizar que no se opera a la persona equivocada o el lugar anatómico equivocado ni se realiza una intervención equivocada. Si el paciente no pudiera confirmar estos datos, como por ejemplo en el caso de niños o pacientes incapacitados, puede asumir esta función un familiar o tutor. En caso de que no estuviera presente el tutor o un familiar o si se omitiera este paso, por ejemplo, en una emergencia, todo el equipo debe conocer los motivos y estar de acuerdo antes de continuar con el procedimiento. <sup>(10)</sup>

### **¿Se ha demarcado el sitio quirúrgico?**

El Coordinador de la lista debe confirmar que el cirujano que va a realizar la operación ha marcado el sitio quirúrgico (por lo general con un rotulador) en los casos que impliquen lateralidad (distinción entre izquierda y derecha) o múltiples estructuras o niveles (p. ej. un dedo, una lesión cutánea o una vértebra en concreto). En el caso de las estructuras mediales (como el tiroides) o únicas (como el bazo), la delimitación del sitio se hará o no según la práctica local. No obstante, la delimitación sistemática del sitio puede ofrecer una confirmación adicional de que el lugar anatómico y el procedimiento son correctos. <sup>(10)</sup>

### **¿Se ha completado la comprobación del instrumental anestésico y la medicación anestésica?**

El Coordinador de la lista pedirá al anestesista que confirme que se ha realizado un control de la seguridad de la anestesia, entendido como una inspección formal del instrumental anestésico, del circuito, de la medicación y del riesgo anestésico del paciente antes de cada intervención. Además de confirmar que el paciente es apto para someterse a la operación, el equipo de anestesia debe inspeccionar el equipo de intubación y aspiración de la vía aérea, el sistema de ventilación (incluidos el oxígeno y los fármacos inhalados), la succión y los fármacos, dispositivos y equipos de urgencia para cerciorarse que todo esté disponible y en buenas condiciones de funcionamiento. <sup>(10)</sup>

### **¿Se ha colocado el pulsoxímetro y funciona?**

El Coordinador de la lista confirmará que al paciente se le haya colocado antes de la inducción de la anestesia un pulsoxímetro que funcione correctamente. Lo ideal es que la lectura del dispositivo sea visible para el equipo quirúrgico. Debe utilizarse un sistema de señal sonora que alerte del pulso y la saturación de oxígeno. La OMS ha recomendado encarecidamente la utilización del pulsoxímetro como componente necesario para la seguridad de la anestesia. Si

no se dispone de uno, el cirujano y el anestesista deben evaluar la gravedad del caso y considerar la posibilidad de aplazar la intervención hasta que se tomen las medidas necesarias para disponer de uno. En caso de urgencia, para salvar un miembro o la vida del paciente, puede obviarse este requisito, pero en ese caso el equipo debe estar de acuerdo sobre la necesidad de proceder a la operación. <sup>(10)</sup>

### **¿Tiene el paciente alergias conocidas?**

El Coordinador de la lista dirigirá esta pregunta y las dos siguientes al anestesista. Primero, le preguntará si el paciente tiene alergias conocidas y, si es así, cuáles. Si el Coordinador tiene conocimiento de alguna alergia que el anestesista desconozca, debe comunicarle esa información. <sup>(10)</sup>

### **¿Tiene el paciente vía aérea difícil/riesgo de aspiración?**

El Coordinador de la lista confirmará verbalmente que el equipo de anestesia ha valorado de forma objetiva si el paciente presenta algún problema en la vía aérea que pueda dificultar la intubación. Existen múltiples formas de graduar la vía aérea, como la clasificación de Mallampati, la distancia tiromentoniana o la escala de Bellhouse-Doré. La evaluación objetiva de la vía aérea con un método válido es más importante que el método elegido en sí mismo. Si el examen de la vía aérea indica un alto riesgo de vía aérea difícil (grado 3 o 4 de Mallampati, por ejemplo), el equipo de anestesia debe estar preparado para una eventual complicación grave en la vía aérea. Ello implica, como mínimo, adaptar el método anestésico (por ejemplo, utilizar anestesia local, si es posible) y tener a mano equipo de emergencia. Un asistente capacitado —ya sea un segundo anestesista, el cirujano o un miembro del equipo de enfermería— deberá estar presente físicamente para ayudar en la inducción de la anestesia. Como parte de la evaluación de la vía aérea también debe examinarse el riesgo de aspiración. Si el paciente padece reflujo activo sintomático o tiene el estómago lleno, el anestesista debe prepararse para una posible aspiración. El riesgo puede

limitarse modificando el plan anestésico, Ante un paciente con vía aérea difícil o riesgo de aspiración, sólo debe iniciarse la inducción de anestesia cuando el anestesista haya confirmado que dispone del equipo adecuado y que la asistencia necesaria está presente junto a la mesa de operaciones. La muerte por pérdida de la vía aérea durante la anestesia sigue siendo lamentablemente frecuente en todo el mundo, pero puede evitarse con una planificación adecuada.

(10)

### **¿Tiene el paciente riesgo de hemorragia >500 ml (7 ml/kg en niños)?**

el Coordinador de la lista le preguntará al equipo de anestesia si el paciente corre el riesgo de perder más de medio litro de sangre en la operación, con el fin de garantizar que se reconoce esta posible complicación crítica y se está preparado para hacerle frente. La pérdida de un gran volumen de sangre se encuentra entre los peligros más comunes y graves para los pacientes quirúrgicos, y el riesgo de choque hipovolémico aumenta cuando la pérdida de sangre supera los 500 ml (7 ml/kg en niños). Una preparación adecuada y la reanimación pueden mitigar considerablemente las consecuencias. Es posible que los cirujanos no comuniquen sistemáticamente el riesgo de hemorragia al equipo de anestesia y al personal de enfermería. Por consiguiente, si el anestesista no conoce el riesgo de hemorragia del paciente, debe comentarlo con el cirujano antes de dar comienzo a la operación. Si existiera un riesgo de hemorragia superior a 500 ml, se recomienda vivamente que antes de la incisión cutánea se coloquen al menos dos líneas intravenosas de gran calibre o un catéter venoso central. Además, el equipo debe confirmar la disponibilidad de líquidos o sangre para la reanimación. (Nótese que el cirujano volverá a revisar la previsión de hemorragia antes de la incisión cutánea, lo que permite un segundo control de seguridad al anestesista y al personal de enfermería.

En este punto se ha completado la presente fase y puede procederse a la inducción de la anestesia. (10)



### **2.1.1.2. PAUSA**

Antes de proceder a la primera incisión, el equipo debe hacer una pausa momentánea para confirmar la realización de varios controles de seguridad esenciales. En estos controles participan todos los miembros del equipo. (11)

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

Los miembros de los equipos quirúrgicos pueden cambiar con frecuencia. La gestión eficaz de situaciones de alto riesgo requiere que todos los miembros del equipo sepan quién es cada uno y cuál es su función y capacidad. Ello se puede conseguir con una simple presentación. El Coordinador de la lista debe pedir a cada una de las personas en el quirófano que se presente por su nombre y función. Los equipos que ya se conozcan pueden confirmar que todos se conocen, pero los nuevos miembros o las personas que hayan entrado en el quirófano después de la última operación, entre ellos los estudiantes y otro tipo de personal, deben presentarse personalmente. . (11)

#### **Confirmar la identidad del paciente, el procedimiento y el sitio donde se realizará la incisión**

El Coordinador de la lista u otro miembro del equipo pedirán a los presentes que se detengan y confirmen verbalmente el nombre del paciente, el tipo de intervención que va a realizarse, su localización anatómica y, si procede, la posición del paciente para evitar operar al paciente o el sitio equivocados. Por ejemplo, el enfermero circulante anunciaría “Antes de proceder a la incisión” y añadiría “¿Estamos todos de acuerdo en que este es el paciente X, al que vamos a operar de una hernia inguinal derecha?”. El anestesista, el cirujano y el enfermero circulante han de confirmar de forma explícita e individual que están

de acuerdo. Si el paciente no está sedado, es conveniente obtener también su confirmación. (11).

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

A pesar del consenso y de las pruebas convincentes de que la profilaxis antibiótica de las infecciones quirúrgicas es más eficaz cuando se han alcanzado concentraciones séricas y/o tisulares adecuadas del antibiótico, los equipos quirúrgicos no administran sistemáticamente antibióticos en la hora anterior a la incisión. Para reducir el riesgo de infección quirúrgica, el Coordinador de la lista preguntará en voz alta si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores. El responsable de esta administración, que suele ser el anestesista, debe confirmarlo verbalmente. Si no se hubieran administrado antibióticos profilácticos, deben administrarse en ese momento, antes de la incisión. Si se hubieran administrado más de 60 minutos antes, el equipo debe considerar la posibilidad de administrar una nueva dosis. Cuando la profilaxis antibiótica no se considere necesaria (por ejemplo, si no hay incisión cutánea o en casos de contaminación ya tratados con antibióticos), se marcará la casilla “no procede” una vez confirmado verbalmente por el equipo. (11)

### **Previsión de eventos críticos**

La comunicación eficaz entre todo el equipo quirúrgico es fundamental para la seguridad de la cirugía, la eficiencia del trabajo en equipo y la prevención de complicaciones graves. Para garantizar que se comunican cuestiones esenciales sobre el paciente, el Coordinador de la lista dirigirá una conversación rápida entre el cirujano, el anestesista y el personal de enfermería sobre los principales peligros y los planes operatorios. Para ello, sencillamente puede formularle a cada miembro del equipo la pregunta correspondiente en voz alta. El orden de la conversación no importa, pero cada disciplina clínica debe aportar información y manifestar los aspectos problemáticos. Cuando se trate de procedimientos rutinarios o con los cuales todo el equipo esté familiarizado, el cirujano puede sencillamente anunciar: “Este es un caso rutinario de X tiempo de duración” y

preguntar al anestesiista y al personal de enfermería si tienen alguna reserva en particular. (11)

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

El objetivo mínimo de hablar sobre los “pasos críticos o no sistematizados” es informar a todos los miembros del equipo de cualquier actuación que ponga al paciente en riesgo por hemorragia rápida, lesión u otra morbilidad importante. Asimismo, ofrece la oportunidad de revisar los pasos que puedan requerir equipos, implantes o preparativos especiales. (11)

**Anestesiista: ¿Presenta el paciente algún problema específico?**

En pacientes en los que el procedimiento entrañe riesgo de hemorragia intensa, inestabilidad hemodinámica u otra morbilidad importante, un miembro del equipo de anestesia debe revisar en voz alta los planes y problemas específicos de la reanimación —especialmente, la intención de utilizar hemoderivados— y cualquier característica o comorbilidad del paciente (como enfermedades cardiacas o pulmonares, arritmias, hemopatías, etc.) que complique la situación. Se entiende que muchas intervenciones no entrañan riesgos o problemas particularmente críticos que deban ser compartidos con el equipo. En tales casos, el anestesiista puede decir simplemente: “Este caso no presenta problemas especiales”. (11)

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

El enfermero instrumentista, que prepara el instrumental y el equipo necesarios para la operación, debe confirmar verbalmente que se han esterilizado y que, en el caso del instrumental esterilizado por calor, se han verificado los indicadores

de esterilidad. Cualquier discrepancia entre los resultados esperados y los resultados reales de los indicadores de esterilidad deberá comunicarse a los miembros del equipo y solucionarse antes de la incisión. Este momento ofrece también la oportunidad de hablar de cualquier problema relacionado con el instrumental y equipos u otros preparativos para la intervención, así como de cualquier duda sobre la seguridad que puedan tener el instrumentista o el enfermero circulante, en particular aquellas que no hayan sido tratadas por el cirujano y el equipo de anestesia. Si no hay cuestiones especiales, el instrumentista puede decir sencillamente: “Esterilidad comprobada. Ninguna duda al respecto.” (11)

### **¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?**

Los estudios de imagen son fundamentales para garantizar una buena planificación y desarrollo de muchas operaciones, como los procedimientos ortopédicos, medulares y torácicos o muchas resecciones de tumores. Antes de la incisión cutánea, el Coordinador de la lista preguntará al cirujano si el caso requiere algún estudio de imagen. De ser así, el Coordinador confirmará verbalmente que dichas imágenes están en el quirófano y en lugar bien visible para que puedan utilizarse durante la operación. Si se necesitan imágenes, pero no se dispone de ellas, deben conseguirse. El cirujano será quien decida si opera o no sin el apoyo de esas imágenes cuando sean necesarias, pero no estén disponibles.

En este punto se ha completado la presente fase y el equipo puede proceder a la operación. (11)

#### **2.1.1.3. SALIDA**

Estos controles de seguridad han de efectuarse antes de que el paciente salga del quirófano. El objetivo es facilitar el traspaso de información importante a los equipos de atención responsables del paciente tras la operación. Los controles

puede iniciarlos el enfermero circulante, el cirujano o el anestesista y han de llevarse a término antes de que el cirujano salga del quirófano. Pueden simultanearse, por ejemplo, con el cierre de la herida. (12)

### **El enfermero confirma verbalmente: El nombre del procedimiento**

Dado que el procedimiento puede haberse modificado o ampliado en el curso de la operación, el Coordinador de la lista confirmará con el cirujano y el resto del equipo el procedimiento exacto que se haya realizado. Puede hacerse a modo de pregunta: “¿Qué procedimiento se ha realizado?” o a modo de confirmación: “Hemos llevado a cabo la intervención X, ¿no es así?”. (12)

### **El recuento de instrumentos, gasas y agujas**

El olvido de instrumentos, gasas y agujas es un error poco común, pero que sigue ocurriendo y puede resultar catastrófico. El enfermero circulante o el instrumentista deberán por tanto confirmar verbalmente la exactitud del recuento final de gasas y agujas. En caso de que se haya abierto una cavidad también deberá confirmarse el recuento exacto del instrumental. Si los recuentos no concuerdan, se alertará al equipo para que se puedan tomar las medidas adecuadas (como examinar los paños quirúrgicos, la basura y la herida o, si fuera necesario, obtener imágenes radiográficas). (12)

### **El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, con nombre del paciente)**

La rotulación incorrecta de las muestras anatomopatológica puede ser desastrosa para el paciente y es a menudo una fuente demostrada de errores por parte de los laboratorios. El enfermero circulante confirmará el correcto etiquetado de toda muestra anatomopatológica obtenida durante la intervención mediante la lectura en voz alta del nombre del paciente, la descripción de la muestra y cualquier detalle orientativo. (12)

**Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos Los problemas relacionados con el equipo son habituales en los quirófanos.**

Es importante identificar los fallos y el instrumental o los equipos que no han funcionado bien para evitar que se vuelvan a utilizar antes de solucionar el problema. El Coordinador de la lista debe cerciorarse de que se identifiquen los problemas relacionados con el instrumental y los equipos que hayan surgido durante la intervención. <sup>(12)</sup>

**El cirujano, el anestesista y el enfermero revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente**

El cirujano, el anestesista y el enfermero revisarán el plan de tratamiento y recuperación posoperatorio, centrándose en particular en las cuestiones intraoperatorias o anestésicas que pudieran afectar al paciente. Tienen especial importancia aquellos eventos que presenten un riesgo específico para el paciente durante la recuperación y que quizás no sean evidentes para todos los interesados. La finalidad de esta medida es transmitir información fundamental de forma eficiente y adecuada a la totalidad del equipo. Con esta última medida, se completa la Lista de verificación de la seguridad. Si se desea, se puede añadir la lista a la historia del paciente o archivarla para fines de control de la calidad.

<sup>(12)</sup>

## **2.1.2. PREOPERATORIO INMEDIATO**

### **2.1.2.1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

- a) Preguntar al paciente de forma directa su nombre.
- b) Vigilar que los datos del brazalete concuerden y sean correctos.

- c) Revisar el expediente clínico y prestar atención a los resultados obtenidos en los exámenes.
- d) Revisar el registro preoperatorio.
- e) Confirmar el procedimiento que se efectuará. <sup>(13)</sup>

### **2.1.2.2. VALORACIÓN PRE QUIRÚRGICA**

La valoración proporciona datos básicos del paciente, iniciando con los signos vitales, anamnesis, historia clínica, el estado nutricional, de hidratación, etc.

Historia clínica: Es importante hacer un interrogatorio completo que incluya datos que deberán tomarse en cuenta y algunos documentarse con fechas, los cuales pueden dar la pauta y prevenir de complicaciones trans y post-operatorias, como son:

- Alergias a medicamentos, alimentos yodo povidona y al látex, que pueden ser de leves a letales. <sup>(11)</sup>
- Tomar en cuenta la dosis de los fármacos actuales prescritos y no prescritos, vía de administración de todos los medicamentos tomados durante los últimos 6 meses.
- Hacer un análisis por aparatos y sistemas de los antecedentes de problemas médicos y quirúrgicos del paciente, sin olvidar la historia familiar y enfermedades infectocontagiosas con el fin de tomar las medidas pertinentes.
- Experiencias quirúrgicas previas como: Hemorragia, infección, tromboembolia y dificultad respiratoria.
- Complicaciones relacionadas con la anestesia como: Hipertermia maligna, sueño prolongado, sin olvidar las complicaciones post-operatorias inmediatas, mediatas y tardías.
- Tabaquismo, alcoholismo y consumo de drogas. <sup>(13)</sup>

### **2.1.2.3. ALERGIAS DEL PACIENTE**

Es una respuesta anómala del organismo frente a un fármaco, consistente en una reacción inmunológica inesperada, impredecible e independiente de los

efectos farmacológicos propios del medicamento en cuestión. La mayor parte de las reacciones adversas a los medicamentos no son inmunológicas, es decir, no son alérgicas.

Cuando una persona toma una cantidad de medicamento inadecuada para su talla, su peso, su edad o la química específica de su organismo, pueden ocurrir reacciones adversas que llamamos predecibles; la mayoría de ellas dependen de la dosis, y en muchos casos son inevitables. Algunas de estas reacciones pueden ser graves como los vómitos y la pérdida de cabello producidos por la quimioterapia contra el cáncer; potencialmente graves, como un descenso brusco del azúcar en sangre por insulina o la osteoporosis desencadenada por corticoides, o pueden ser más benignas, como la somnolencia debida a antihistamínicos.<sup>(14)</sup>

#### **2.1.2.4. MARCADO DEL SITIO QUIRURGICO**

El marcaje del sitio quirúrgico es la marca en la parte del cuerpo donde se realizará la incisión para el procedimiento quirúrgico. El propósito es eliminar la posibilidad de realizar el procedimiento quirúrgico en un sitio erróneo. Este procedimiento se aplicará en todos los pacientes que sean intervenidos quirúrgicamente y debe realizarse antes de que el paciente sea trasladado a la sala quirúrgica.

Se debe elaborar la "autorización para el marcaje". Se marca con un círculo el sitio en que se realizará la incisión con tinta indeleble. La enfermera responsable del paciente verificará que el procedimiento de marcaje se haya realizado y en caso contrario, deberá registrar el hecho en la nota de enfermería y notificarlo verbalmente cuando entregue al paciente en el preoperatorio, en donde se le solicitará al médico que lo realice.<sup>(15)</sup>



### **2.1.3. INTRAOPERATORIO**

#### **2.1.3.1. IDENTIFICACION DEL PACIENTE Y CIRUGIA**

Es importante tomar en cuenta la primera impresión del paciente al llegar al quirófano, por lo que es necesario un saludo cordial y la presentación del personal que intervendrá en el acto quirúrgico, en una forma breve, tratando de provocar en el paciente un ambiente de tranquilidad y seguridad. En el caso del paciente pediátrico, brindar el apoyo emocional de acuerdo a la edad del paciente, sin olvidar a los padres del niño. Es necesario corroborar la identidad del paciente, preguntar su nombre en el quirófano, confirmándolo con su brazalete de la mano, confirmar que cirugía es la que se va a realizar. Todo el equipo debe escuchar que el paciente está respondiendo las preguntas, de esta manera identificamos al paciente correcto en el lugar del cuerpo correcto.

El check list es una herramienta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables. <sup>(16)</sup>

#### **2.1.3.2. IDENTIFICACION Y PRESENTACION DEL EQUIPO QUIRURGICO**

Es muy importante la identificación del equipo quirúrgico y continuar respetado el formato de check list; para sí evitar errores en el acto quirúrgico; ya que el personal no siempre es el mismo y deben presentarse para que todos los miembros del equipo sepan quién es cada uno y cuál es su función y capacidad.

Cuando un paciente se somete a cirugía, un equipo de personal médico asiste al cirujano en el procedimiento. El número de miembros del equipo varía, según sea el tipo de cirugía que se realice. <sup>(17)</sup>

#### **2.1.3.3. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE ANESTESIA**

Para evaluar el riesgo anestésico de un paciente que será intervenido de un procedimiento quirúrgico electivo se debe evaluar el estado físico, la presencia de condiciones médicas concomitantes y el tipo de cirugía propuesta. Además,

analizar el impacto en la función cardiovascular del acto anestésico y de los agentes farmacológicos a utilizar, considerar la existencia de posible compromiso de órganos vitales y sistema nervioso autónomo, sobretodo en el aspecto hemodinámica durante la anestesia. (18)

El acto anestésico es resultado del análisis realizado por el anestesiólogo a través de la recopilación de datos y el éxito radica en los elementos que utiliza desde la valoración pre anestesia, la cual es preferible realizarla con antelación a la cirugía propuesta. (18)

#### **2.1.3.4. IDENTIFICACION Y ADMINISTRACIÓN DE PROFILAXIS**

La antibioticoterapia profiláctica perioperatoria es aquella que se utiliza de manera preventiva alrededor de la intervención quirúrgica y se extiende en general desde 1 hora antes de la operación hasta las primeras 24 horas del posoperatorio.

Esta profilaxis se emplea para prevenir la infección cuando por un procedimiento quirúrgico se pueda causar contaminación bacteriana de los tejidos que en condiciones normales se encuentran libres de gérmenes.

El objetivo que se pretende alcanzar es impedir que la flora endógena provoque infección en la zona operada y también prevenir la multiplicación de los microorganismos exógenos que tienen acceso al área quirúrgica. (19)

La clasificación de las intervenciones quirúrgicas se define de la siguiente manera:

##### **1. Cirugía limpia (riesgo de infección del 1 al 5 % sin profilaxis)**

Se considera cirugía limpia:

- Cuando el tejido a intervenir no está inflamado.
- Cuando no se rompe la asepsia quirúrgica.
- Cuando no hay trauma previo ni operación traumatizante.

- Cuando no hay afectación del tracto respiratorio, digestivo ni genitourinario. <sup>(19)</sup>

## 2. Cirugía limpia-contaminada (riesgo de infección del 5 al 15 % sin profilaxis)

Se considera cirugía limpia-contaminada:

- Cuando se entra en una cavidad que contiene microorganismos, pero no hay vertido significativo.
- Intervención muy traumática sobre tejidos exentos de microorganismos.
- Cuando se afectan los tractos respiratorios, digestivo (salvo intestino grueso) o genitourinario.

## 3. Cirugía contaminada (riesgo de infección del 15 al 25 % sin profilaxis)

Se considera cirugía contaminada:

- Cuando hay inflamación aguda sin pus.
- Cuando al abrir una víscera se derrama el contenido.
- Heridas accidentales abiertas y recientes (menos de 4 horas).
- Cirugía correcta. <sup>(19)</sup>

## 4. Cirugía sucia (riesgo de infección del 40 al 60 % sin tratamiento empírico antimicrobiano)

Se considera cirugía sucia:

- Cuando hay pus.
- Cuando está perforada una víscera.
- Cuando una herida traumática lleva más de 4 horas sin tratar. <sup>(19)</sup>

### 2.1.3.5. IDENTIFICACION DE RIESGOS DURANTE LA CIRUGIA

Toda cirugía tiene riesgos que deben ser considerados por el paciente y sus familiares. Antes de realizarse un procedimiento quirúrgico hay que tener en cuenta una preparación fisiológica y psicológica.

Las edades más extremas son las más riesgosas para una cirugía, es decir, los menores de un año y los mayores de 65. El envejecimiento produce cambios en los tejidos y órganos, disminuyendo la capacidad de adaptación y reservas funcionales de las personas. Sin duda que las cirugías más riesgosas son aquellas sobre órganos vitales como el corazón o pulmón, también por un cáncer.

Las cirugías electivas de aquellas de urgencia, las cuales tienen un mayor riesgo asociado. También se deben considerar las características del paciente, ya que cada uno tiene un riesgo individual asociado a su cirugía, su edad y patologías. (20)

Las complicaciones anestésicas son un fenómeno mucho menos frecuente. Van desde problemas en la intubación y respiratorios durante la anestesia, hasta problemas cardiacos. Todos ellos se pueden evitar o manejarán mejor con una buena evolución preoperatoria y con una buena monitorización durante y en las primeras horas de la cirugía.

Otra complicación menos frecuente, pero que puede ser grave, incluso mortal, es la que se refiere a los fenómenos tromboticos de las extremidades inferiores o en los pulmones, estos últimos graves y mortales. El hecho de someternos a cualquier cirugía, nos hace correr un porcentaje de riesgo, este se puede disminuir casi a cero tomando las medidas necesarias, como la compresión neumática o con vendas elásticas durante la cirugía y el uso de heparinas (anticoagulantes) en el post operatorio. (21)

Las complicaciones infecciosas son un fenómeno muchas veces inevitable de una cirugía, y que el paciente debe tener en cuenta a la hora de operarse. Esto dependerá del tipo de herida y las características del paciente. Por ejemplo, en una cirugía de colon, la herida tiene mayor posibilidad de infectarse que en una de hernia; o en un paciente diabético la posibilidad de infección es mayor que en uno sin esta enfermedad. (21)

### **2.1.3.6. ANALIZAR LA ESTERILIDAD DEL INSTRUMENTAL SEGÚN INDICADORES**

La limpieza, descontaminación y esterilización son métodos importantes que garantizan la seguridad del paciente y necesita una estrecha colaboración entre todos los miembros del equipo quirúrgico, incluyendo el personal del servicio de esterilización. Los instrumentos quirúrgicos, ya sean de un solo uso o reutilizables son utilizados por los profesionales de la salud y por lo tanto están involucrados en su uso, cuidado y manejo adecuado de los mismos.

La disminución de errores y una comunicación efectiva puede contribuir a mejorar las relaciones entre el personal de los servicios de esterilización con otros departamentos. Dirigir estrategias para la reducción de incidencias sobre instrumentos quirúrgicos, fomentar el trabajo en equipo, mejorar las relaciones positivas y la comunicación interdepartamental, asegurando el cumplimiento de normas basadas en la evidencia científica más reciente, es el principal plan de trabajo del servicio de esterilización. (22)

El propósito principal de un servicio de Esterilización, es garantizar el proceso de un producto estéril, tratarlo de forma cuidadosa en cada paso, junto con la implementación y seguimiento de un programa de control de calidad, actualizado de forma permanente. Las enfermeras peroperatorias deben estar bien informadas en lo que respecta a la limpieza, embalaje, selección del ciclo, uso de los agentes físicos, químicos, biológicos y a la monitorización de todo el proceso de esterilización. (22)

Asimismo, las enfermeras han de ser capaces de resolver los problemas relacionados con sistemas de gestión. Los miembros del servicio tienen la difícil tarea de procesar dichos instrumentos, hacer frente a los diferentes acontecimientos adversos para ayudar a evitar costos excesivos y retrasos en todo el procesamiento. La gestión de todo el proceso está directamente relacionada con el suministro de material a los quirófanos, su implicación es de vital importancia en la disminución de los costes, al mismo tiempo que proporcionar la más alta calidad en la atención dada a los pacientes. (22)

### **2.1.3.7. CONFORMIDAD DE GASAS, AGUJAS E INSTRUMENTAL**

Los cuerpos extraños olvidados en el paciente constituyen gran número de problemas deontológicos, legales y económicos, así como la presentación de un gran número de problemas. La enfermera instrumentista, junto con la enfermera circulante y el cirujano responsable del quirófano en ese momento deben efectuar y responsabilizarse del correcto recuento de gasas, compresas, torundas, objetos punzantes e instrumental. Por ello, para asegurarle al paciente la adecuada protección, los materiales se cuentan antes y después de su uso. Las cantidades y tipos de gasas, compresas, torundas, objetos punzantes, instrumental varían en cada intervención quirúrgica. (23)

Los recuentos también se realizan con el fin de controlar las infecciones una compresa o aguja contaminada que pasa desapercibida al final de la intervención puede entrar en contacto con el personal que recoge y limpia el quirófano y el inventario.

- Gasas: c/ y s/ contraste y de iguales dimensiones.
- Torundas: s/ contraste. Deben ir siempre montadas en una pinza. Las que se colocan en la mesa y en el campo estéril deben ser detectables por los rayos X.

#### **INSTRUMENTOS PUNZANTES**

- Hojas de bisturí.
- Hojas de bisturí electro-quirúrgico.
- Agujas quirúrgicas, desechables o reutilizables. (23)

### **2.1.3.8. IDENTIFICACION DE LA MUESTRA DE PATOLOGÍA**

El manejo de las piezas antes de que lleguen al laboratorio de anatomía patológica es definido como la fase pre analítica del proceso. Es precisamente en esta fase en donde se cometen la mayoría de los errores. La misma involucra

a mucho personal de los establecimientos de salud, especialmente en quirófanos atareados, en donde patología debe procesar múltiples especímenes recolectados y etiquetados por diferentes personas con diferentes niveles de entrenamiento. La llegada de una pieza al laboratorio para su análisis involucra los siguientes pasos:

1. Identificar correctamente al paciente
2. Identificar correctamente el tejido o lesión a biopsia en el paciente
3. Tomar la muestra (biopsia o tejido u órgano removido)
4. Colocar la pieza en un recipiente adecuado
5. Colocar la pieza en un conservante/fijador apropiado
6. Etiquetar correctamente el recipiente
7. Completar detalladamente la orden que acompañará a la pieza
8. Transportar la pieza desde el sitio de obtención hacia el departamento de patología. <sup>(24)</sup>

#### **2.1.4. TEORÍA DE JEAN WATSON**

Sostiene que, ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería.

Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadow y Yalom (psiquiatra), elabora su teoría llamada “Del cuidado humano”.<sup>(25)</sup>

A causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería es por esto que se basa en siete supuestos básicos:

1. El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.
2. El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
6. El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.
7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.<sup>(25)</sup>

## **2.2. ESTUDIOS PREVIOS**

### **2.2.1. NACIONALES:**

**Amengual G. y Watson J,** “Experiencias de las Enfermeras Quirúrgicas respecto a la aplicación de la Lista de Chequeo - Cirugía Segura. Hospital Es



Salud. Chiclayo, Perú 2012.” Los objetivos fueron identificar, describir y analizar las experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura. Es cualitativa - abordaje: estudio de caso; El marco teórico se respalda en la Organización Mundial de la Salud, como escenario el Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo – Chiclayo. “Se concluye que las limitaciones existentes para la correcta aplicación de la Lista de Chequeo son: Falta de capacitación, responsabilidad y conciencia del equipo; superficialidad con la que se realiza la recolección de datos del paciente, omisión de la firma, procesos mecanizados, entre otros. En todo momento se respetaron los Principios de la Bioética Personalista de E. Sgreccia y Rigor Científico de Castilla”. (26)

**Torres Lida**, “La incidencia de la gestión de Enfermería en la seguridad del paciente ante la ocurrencia de eventos adversos, Perú 2013”. Los objetivos fueron Describir la situación de la gestión de Enfermería frente a la ocurrencia de eventos adversos y la seguridad del paciente en un Hospital de la ciudad de La Plata. Para la obtención de resultados del presente estudio, se utilizaron como instrumentos de recolección una encuesta estructurada de 42 ítems con preguntas cerradas y abiertas, y una guía de observación de 20 ítems. Se realizó previamente una prueba piloto, en donde se desarrolló la aplicación de 15 encuestas a enfermeros con diferentes tipos de formación académica.

“En conclusión la prueba piloto determinó que las preguntas eran claras. El tiempo de diligenciamiento de las mismas osciló entre 15 y 25 minutos”. (27)

**Rivero García Ma. Diana; Nolasco González Angelina; Puntunet Bates Monserrat Lourdes; Cortés Villarreal Gabriela**, “El nivel de cumplimiento y los factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, Perú 2010”. El Objetivo: Determinar el nivel de cumplimiento y los factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. Material y métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, transversal; periodo mayo-agosto de 2010. Muestreo por conveniencia: incluyó todo evento quirúrgico (n = 326) y personal-profesional de Sala de Operaciones (n = 93). 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. Datos analizados en Excel a través de frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central. Resultados: 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. *“Se Concluye: 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 segura”.* (28)

### **2.2.2. INTERNACIONALES:**

**del Nozal Nalda Martha**, “Proceso de implementación de un listado de verificación de seguridad quirúrgica en un hospital regional de la Comunidad Autónoma de Andalucía, Colombia 2012”. La metodología fue que el Hospital Virgen Macarena y Área entre sus líneas estratégicas contempla las actividades orientadas a la seguridad del paciente. Por ello se ha desarrollado e implementado un listado de verificación de seguridad quirúrgica que además de contemplar los elementos de comprobación de la OMS dentro del quirófano incluye otros elementos de verificación de todo el proceso quirúrgico. “Se concluyó que, Teniendo como resultados, se comprueba un incremento en la inclusión del LVSQ con el paso de los años de un 65% en el año 2009 a un 94% en el año 2010. Durante el año 2011 ha disminuido hasta el 88, 87%”. (29)

**Solor Muñoz Ariel; Pérez Bolaños, Liset** , “El check list como herramienta para el desarrollo de la seguridad al paciente quirúrgico”, Ecuador 2014”. Los objetivos fueron profundizar los conocimientos y la convicción de los profesionales en la identificación de controles de seguridad de la cirugía para la prevención de daños al paciente quirúrgico. Los eventos adversos son más

frecuentes en los pacientes quirúrgicos que en los de cualquier otra especialidad. Los pacientes al ser intervenidos quirúrgicamente, son más vulnerables a complicaciones producidas por errores profesionales “.Se concluye El cumplimiento de protocolos como el Check list garantiza la seguridad del paciente y acredita la buena praxis por parte de los profesionales sanitarios, conclusión se propone reforzar una creciente cultura de seguridad clínica en los profesionales sanitarios, logrando el compromiso y la convicción de todos los profesionales implicados en la utilidad de la herramienta”.<sup>(30)</sup>

**Astudillo Campoverde Juan Sebastián; Espinosa Muñoz Karla Ximena**

“Verificación de la aplicación del manual de cirugía segura de la organización mundial de la salud en el hospital moreno Vázquez, Guacaleo, Ecuador 2014”.

El objetivo general: Verificar la aplicación del Manual de Cirugía Segura de la Organización Mundial de la Salud en el Hospital Moreno Vázquez, Gualaceo, abril a septiembre, 2014. Metodología: realizamos un estudio descriptivo, con un universo de 452 cirugías, el método de recolección de datos fue el registro del listado de verificación de cirugía segura, en un formulario; los conocimientos del personal sanitario fueron determinados por medio de un cuestionario elaborado con base de datos de la OMS y la tabulación de datos mediante el SPSS. RESULTADOS: la aplicación del manual se realizó de manera óptima en un 91.9%. El preoperatorio se cumple en el 91.05%, pero el marcado del sitio quirúrgico no se realiza en el 54.9%. En el intraoperatorio se cumple en un 92.1%, pero no se administra antibioticoterapia profiláctica en el 52.7%. El postquirúrgico se cumple en el 91.4%, pero no verifican el instrumental el 71%. Los conocimientos de personal sanitario sobre el manual están entre el 81.2% y el 62.5% respectivamente. “Se concluye: este manual fue fácilmente aplicable, nos permitió detectar las falencias para que el personal sanitario pueda corregirlas y así mejorar el bienestar de los pacientes quirúrgicos por lo que recomendamos su utilización”.<sup>(31)</sup>

**Pozo Cristian; Dr. Chango Milton,** “Verificación de la lista de chequeo para la cirugía segura establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde la perspectiva del paciente, en el Hospital Metropolitano de Quito Ecuador en el año 2015”. El Objetivo: Verificar que la lista de chequeo para la cirugía segura

establecida por la OMS, en el Hospital Metropolitano de Quito es aplicada adecuadamente, a partir de ítems verificables por el paciente. Métodos: Estudio descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a cirugía electiva o de emergencia, bajo anestesia general o regional, de todas las especialidades y que se encontraban en el periodo postoperatorio mediato, en el mes de marzo 2015. Se preguntó por aspectos de la lista, verificables por el paciente, y por la percepción de seguridad en este hospital. Resultados: Un total de 99 pacientes aceptaron participar en el estudio. Los ítems de la lista de verificación se cumplieron en el 79%, según los pacientes. El ítem de menor cumplimiento (50%) fue el de marcar el sitio quirúrgico. De las personas que conforman el equipo quirúrgico los que menos se presentaron con su nombre y función fueron el instrumentador quirúrgico (52%) y la enfermera circulante (32%). Un 30% de los pacientes refirió sentir temores relacionados con errores en la cirugía, xii el 89% de pacientes respondió haberse sentido seguro en quirófano, y un 99% de pacientes recomendaron este hospital para intervenciones quirúrgicas. “Se Concluye: La aplicación de la lista de verificación de la OMS no es aplicada adecuadamente en el Hospital Metropolitano de Quito, según la percepción de los pacientes”.<sup>(32)</sup>

**González Sobrado Martha**, “Lista de verificación del proceso quirúrgico una estrategia de seguridad clínica”, España 2013. La cirugía segura salva vidas, propone una herramienta sencilla, con el fin de conseguir reducir esas complicaciones; la Lista de Verificación del Proceso Quirúrgico. Esta lista, después de una experiencia piloto en ocho hospitales de diferentes países, es recomendada a nivel mundial. Además, debe de ser adaptada a las características particulares de cada país. Se trata de una comprobación de diferentes aspectos del procedimiento que se ha de realizar, desde la identidad del paciente, sitio quirúrgico correcto o si se ha realizado el tratamiento profiláctico antibiótico, para lo que se divide el acto quirúrgico en tres fases; entrada, pausa y salida. El papel de la enfermería es de gran importancia, aconsejándose sea la que tome la responsabilidad de su realización. Para que su implantación sea un éxito, ha de realizarse un programa de concienciación y formación a los miembros del equipo quirúrgico. “Se concluye que según Los resultados del cumplimiento de la

implantación en el Hospital Cantabria (98%), demuestran la implicación de los profesionales de la salud en los temas de seguridad del paciente”. (33)

### 2.3. MARCO CONCEPTUAL

- ✓ **Relación:** Correspondencia o conexión que hay entre dos o más cosas. (34)
- ✓ **Existe:** Tener una cosa ser real o verdadero. (35)
- ✓ **Entre:** Denota la situación o estado entre dos o más cosas o acciones. (36)
- ✓ **Seguridad:** Dentro de las ciencias de la seguridad es "Ciencia interdisciplinaria que está encargada de evaluar, estudiar y gestionar los riesgos que se encuentra sometido una persona, un bien o el ambiente". (37).
- ✓ **Paciente:** Es el sujeto que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud y se somete a un examen, a un tratamiento a una intervención. (38).
- ✓ **Quirúrgico:** Es una acción mecánica sobre una estructura anatómica del cuerpo. (39).
- ✓ **Aplicación:** Hace referencia a la acción y el efecto de aplicar o aplicarse (poner algo sobre otra cosa, emplear o ejecutar algo, atribuir). (40).
- ✓ **Formato:** Tipo de archivo Tipo de archivo y formato de archivo son lo mismo. (41)
- ✓ **Enfermeras:** Es aquella mujer que se dedica al cuidado personal e intensivo de un paciente, ya sea en el centro hospitalario o de salud como en su domicilio particular. (42).
- ✓ **check list :** son formatos creados para realizar actividades repetitivas, controlar el cumplimiento de una lista de requisitos o recolectar datos ordenadamente y de forma sistemática. (43).
- ✓ **Sala:** Establece que emana de “sal”, un vocablo que se utiliza para referirse a aquellas edificaciones que sólo tienen una habitación. (44).

- ✓ **Lista:** Enumeración de personas, cosas, cantidades, etc., que se hace con determinado propósito. (45)
- ✓ **Chequeo:** Reconocimiento médico completo a que se somete una persona o animal que no presenta síntomas de ninguna enfermedad concreta y cuya finalidad es la detección precoz y la prevención de enfermedades. (46)
- ✓ **Servicio:** Trabajo, especialmente cuando se hace para otra persona. (44)
- ✓ **Operaciones:** Lugar habitual en donde se realizan las intervenciones quirúrgicas. (47).
- ✓ **Clínica:** Establecimiento destinado a proporcionar asistencia o tratamiento médico a determinadas enfermedades. (48)
- ✓ **Cuidados:** Es la acción de cuidar (preservar, guardar, conservar, asistir). Implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo. (49)
- ✓ **Preoperatorios:** El prefijo “pre-“, que significa “antes”. El verbo “operar”, que puede traducirse como “hacer un trabajo”. El sufijo “-torium”, que se emplea para indicar que se contribuye a lograr un efecto determinado. (50).
- ✓ **Trans operatorios** Es el lapso de tiempo que va pasa desde que el paciente es admitido en la sala de operaciones y es trasladado a la sala de recuperación, constituye el acto quirúrgico. (51).
- ✓ **Post operatorios** es el periodo que transcurre entre en final de una operación y la total recuperación del paciente. (52).

## **CAPITULO III**

### **HIPOTESIS Y VARIABLES**

#### **3.1. FORMULACION DE HIPOTESIS**

##### **3.1. 1. HIPOTESIS GENERAL.**

Si existe una relación directa entre la aplicación del check list por el licenciado enfermero con la seguridad del paciente del centro quirúrgico de la clínica internacional - 2016

##### **3.1.2. HIPOTESIS ESPECÍFICAS**

- Si existe una relación directa entre la aplicación del check list por el licenciado enfermero con la seguridad del paciente preoperatorio inmediato del centro quirúrgico de la clínica internacional – 2016.
- Si existe una relación directa entre la aplicación del check list por el licenciado enfermero con la seguridad del paciente intra operatorio del centro quirúrgico de la clínica internacional – 2016.

#### **3.2. IDENTIFICACION DE VARIABLES**

##### **3.2.1. CLASIFICACION DE LA VARIABLES**

###### **VARIABLE INDEPENDIENTE**

Hoja de check list

###### **VARIABLE DEPENDIENTE**

Seguridad del paciente

### **3.2.2. DEFINICION CONSTITUTIVA DE VARIABLES**

#### **CHECK LIST**

Es una herramienta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables.

#### **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Es un objetivo de las ciencias de la salud que enfatiza en el registro, análisis y prevención de los fallos de la atención prestada por los servicios sanitarios, que con frecuencia son causas de eventos adversos.



### 3.2.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
Seguridad de paciente	Preoperatorio inmediato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación del paciente quirúrgico</li> <li>• Valoración pre quirúrgica</li> <li>• Alergias del paciente</li> <li>• Marcado del sitio quirúrgico</li> </ul>
	Intraoperatorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación del paciente y cirugía</li> <li>• Identificación y presentación del equipo quirúrgico</li> <li>• Identificación de riesgos de anestesia</li> <li>• Identificación y administración de profilaxis</li> <li>• Identificación de riesgos durante la operación</li> <li>• Analizar la esterilidad del instrumental según indicadores</li> <li>• Conformidad de gasas, agujas e instrumental</li> <li>• Identificación de la muestra de patología</li> </ul>
Hoja de check list	INICIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antes de la anestesia               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Paciente ha confirmado: su identidad, localización quirúrgica, tipo de procedimiento, consentimiento informado.</li> <li>✓ Verificación del equipo de anestesia.</li> <li>✓ El oxímetro de pulso está funcionando.</li> <li>✓ Ayuno y alergias conocidas del paciente.</li> </ul> </li> </ul>

	<p><b>PAUSA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Antes de que corten la piel</b></li> <li>✓ <b>Todos los miembros del equipo se han identificado por nombre y función.</b></li> <li>✓ <b>Médico, anestesiólogo y enfermera confirman nombre del paciente; nombre del procedimiento.</b></li> <li>✓ <b>Se administrado profilaxis antibiótica</b></li> </ul>
	<p><b>SALIDA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Antes de que el paciente deje la sala de operaciones</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Nombre del procedimiento que se registra.</b></li> <li>✓ <b>Conteo adecuado de gasas, agujas.</b></li> <li>✓ <b>Rotulado correcto de muestra patológica.</b></li> <li>✓ <b>Algún problema que solucionar con materiales o equipos.</b></li> </ul> </li> </ul>

## CAPITULO IV

### METODOLOGIA

#### 4.1. DESCRIPCION DEL METODO Y DISEÑO

El presente estudio de método correlacional; diseño descriptivo; relaciona dos o más variables. Se da una comparación entre ellas. Pueden establecer dentro del procedimiento una serie de comparaciones.

DISEÑO 

$M_1: O_x \text{ r } O_y$
---------------------------

#### 4.2. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION

La investigación es de tipo cuantitativo, de corte transversal, ya que se va Trabajar con varios grupos pero en solo periodo de tiempo.

El nivel de la investigación al que corresponde el presente trabajo es de tipo aplicativo porque va a estudiar a la variable tal y como se está manifestando sin modificación alguna y se va a relacionar las dos variables de estudio, recogiendo datos mediante los instrumentos.

#### 4. 3. POBLACION MUESTRA Y MUESTREO.

##### POBLACION Y MUESTRA.

**Población:** La población sujeta de estudio comprenderá a las enfermeras instrumentistas que laboran ene le centro quirúrgico de la clínica internacional sede san Borja.

N = 25
--------

La población es muy pequeña se trabajará con toda la población por ser un Muestreo no probabilístico.

#### **Población censal N = n**

Muestra: Por ser población censal la muestra la constituye toda la población.

n = 25
--------

#### **4.4. CONSIDERACIONES ETICAS.**

El estudio tomara en cuenta los principios bioéticos:

- **Beneficencia:** Los participantes serán informados sobre su participación, sobre el clima institucional y el desempeño laboral en el profesional de enfermería del servicio del Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Adolfo Guevara.
- **No maleficencia:** No se divulgará las respuestas brindadas, se mantendrá la confidencialidad, aun cuando las consideraciones brindadas por el profesional de enfermería no son las más apropiadas.
- **Autonomía:** Se respetará la decisión de participación, se mantendrá la confiabilidad absoluta de los datos y diagnósticos recibidos (dicha información solo se manejará por la investigadora)
- **Justicia:** A todos los entrevistados se les considerará por igual, manteniendo la base de la consideración y respeto antes, durante y después de la encuesta.

## CAPITULO V

### TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

#### 5.1. TECNICAS E INSTRUMENTOS.

Para medir la aplicación del check list, se empleará como técnica la observación y como instrumento una guía de observación.

La guía de observación lo realiza el investigador para medir la variable aplicación del check list en sala de operaciones, donde el investigador observara si las enfermeras de sala de operaciones de la clínica internacional aplican el check list en todas sus cirugías con sus 3 fases adecuadas, observando y valorando los ítems, que están estructuradas de la siguiente manera:

1. Si
2. No

Para medir seguridad del paciente se empleará como técnica una encuesta y como instrumento un cuestionario de 20 preguntas, el cuestionario será basado en el formato del check list, ya estandarizado por la OMS, que ayudará a enfatizar todos los ítems y pasos de check list.

El instrumento empleado en el estudio fue un cuestionario tipo Likert, cada una estructurada a fin de obtener datos de la seguridad del paciente quirúrgico. Cada ítem tiene 4 alternativas de respuesta cada uno con una puntuación específica, está diseñada para responder en un tiempo de 20 minutos y están estructuras de la siguiente manera.

- ✓ Siempre (4)
- ✓ Casi siempre (3)
- ✓ A veces (2)
- ✓ Nunca (1)

Para determinar la validez de la escala de Likert se empleó el criterio de juicio de expertos. Los expertos fueron 5 profesionales de enfermería especialista en centro quirúrgico y con amplia experiencia de trabajo y conocimiento en sala de operaciones.

### **Validez y confiabilidad del instrumento**

La validez del constructo del cuestionario formulario se obtuvo a través del juicio de expertos, donde participaron (5 expertos) en el tema de investigación conformado por enfermeras especializadas en centro quirúrgico en el servicio de sala de operaciones, jefas de sala de operaciones expertas en el tema de investigación.

## **5.2. PLAN DE RECOLECCION, PROCESAMIENTO Y PRESENTACION DE DATOS.**

### **5.2.1. PROCESO DE RECOLECCION DE DATOS.**

Para llevar a cabo el presente proyecto se realizará el trámite administrativo mediante un oficio dirigido al director de la clínica internacional sede san Borja, la jefatura de enfermería y jefa de servicio de centro quirúrgico; para obtener el permiso de la aplicación del instrumento.

Luego se llevará a cabo las coordinaciones pertinentes con el fin de establecer el cronograma de recolección de datos considerando una duración promedio de 30 minutos por entrevistado.

### **5.2.2. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.**

- Concluida la recolección de datos se procesarán en forma manual la tabulación de datos, codificando y elaborando libro en columnas Excel con la codificación de las variables.

- Todos los datos obtenidos serán procesados en una base de datos en Microsoft Excel y el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 22.
- La presentación de los resultados será a través de gráficos y tablas estadísticas para ser analizados e interpretados.

## CAPITULO VI

### ADMINISTRACION DEL PROYECTO

#### 6.1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDAD	MES JULIO				AGOST				SET				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	4
	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
a. Elaboración del protocolo de investigación.	X												
		X											
b. Revisión y aprobación del proyecto de investigación.													
			X										
c. Validación del instrumento por jueces expertos.				X									
d. Prueba piloto del instrumento.				X									
e. Elaboración del instrumento versión final					X								
f. Recolección de datos					X								
						X							
g. Procesamiento de datos							X						
h. Discusión y análisis de datos								X					
									X				
i. Elaboración del informe final de la investigación.										X			
											X		
j. Publicación de la investigación.												X	
													X



## 6.2. PRESUPUESTO

Humanos: Los requeridos en las diferentes etapas del proceso: tesista, asesores., etc.

Económicos: Se incluye los costos de la investigación en términos de precios y cantidades reales de acuerdo con los rubros indicando montos estimados.

Físicos: Equipos, materiales y suministros necesarios para la recolección, tabulación y análisis de datos (apoyo logístico) Los recursos deben ser considerados en forma detallada ya que tienen implicancias presupuestarias que deben considerarse obligatoriamente, especificando la cantidad y el costo unitario.

HORARIOS	COSTO TOTAL
INVESTIGADOR	350
ENCUESTADOR	100
SECRETARIA	150
SUB TOTAL	600

MATERIALES DE OFICINA BASICA	CANTIDAD	COSTO	TOTAL
ARCHIVADORES	2 UNIDADES	25 c/u	50
CD	10 UNIDADES	5 c/u	50
PAPEL TAMAÑO CARTA	5 RESTAS	20 c/u	100
CARPETAS DE CARTULINA	5 UNIDADES	10 c/u	50
HOJAS BONDS	2 MILLAR	20 c/u	40

TINTA IMPRESORA	2 UNIDADES	30 c/u	60
LAPICES	10 UNIDADES	2 c/u	20
GOMA	4 UNIDADES	5 c/u	20
	SUB TOTAL		390

SERVICIOS	CANTIDAD	COSTO	TOTAL
GRAFICOS			
FOTOCOPIAS	100 UNIDADES	0,10 c/u	50
ANILLADOS	5 UNIDADES	20 c/u	100
	SUB TOTAL		150
	PRESUPUESTO		
	TOTAL		1140

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

**(1)** Organización Mundial de la Salud. (OMS 2008) El segundo reto mundial por la seguridad del paciente: la cirugía segura salva vidas [internet]. Ginebra [Citado 9 de junio 2017] URL disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl\\_brochure\\_spanish.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf)

**(2)** Haynes A. Lista de verificación quirúrgica para reducir la morbilidad y la mortalidad en una población global. Inglaterra: Revista de Medicina; 2011.

**(3)** World Health Organization. Guidelines for Safe Surgery. 1st Edition. Jun-Jul 2016. Disponible en:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/1/9789241598552\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/1/9789241598552_eng.pdf).

**(4)** OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Suiza. OMS; [actualizado 2009; citado 29 abr 2015], disponible en:

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243598598\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243598598_spa.pdf)

**(5)** FECAN: Fundación de Enfermería de Cantabria [Internet]. España. FECAN; [actualizado 2012; citado 3 mayo 2015]. Disponible en:

<http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/8/57>

**(6)** José Manuel CA, José Ángel MF, Isabel VSF, Francisca RT, Concepción ME, Arancha GI. Actitud y barreras percibidas por los profesionales de enfermería de atención primaria de salamanca, respecto a la metodología enfermera. Disponible en:

<http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/67/80>

**(7)** Esther Pecci Agustino. Chek list quirúrgico. Una herramienta para la seguridad del paciente. Disponible en:

<http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/download/104/84>

**(8)** R Ramos-Zúñiga, LM Sánchez-Loyo, MS López-Hernández, JE Valera-Lizárraga, Rodríguez-Galindo, G Paz-Vélez, A Becerra-Valdivia. Seguridad para el paciente en sala de operaciones de neurocirugía. Archivos de ciencia. [Internet]. 2011 Disponible en:

[http://www.neurovascular.cucs.udg.mx/flanc/pdf/vol3num4\\_RodRam.pdf](http://www.neurovascular.cucs.udg.mx/flanc/pdf/vol3num4_RodRam.pdf).

**(9)** Rubén Daniel Algieri, Paulo Raúl Paglilla; Fabiana Franco Alanis; Juan Sebastián Ugartemendía, Gustavo Martín Vassia. Implementación de la Lista de Verificación de Seguridad en las Hojas de Indicaciones Médicas del Servicio de Cirugía General del Hospital Aeronáutico Central Disponible en:

<http://www.hac.mil.ar/publicaciones/revismedic/0902/121-124.pdf>.

**(10)** artículos/8/57 ,18/10/2015 disponible en:

<http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web>

**(11)** 20/10/2015, disponible en:

[http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl\\_manual\\_spanish.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_manual_spanish.pdf)

**(12)** 18/10/2015 disponible en:

[http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/177/1/TL\\_Becerra\\_Eneque\\_KatherinsMilagros.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/177/1/TL_Becerra_Eneque_KatherinsMilagros.pdf)

**(13)** 20/10/2015 disponible en:

[file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Mis%20documentos/Downloads/Diagnosnet-SeguridadDelPacienteEnElAreaQuirurgica-4524511%20\(4\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Mis%20documentos/Downloads/Diagnosnet-SeguridadDelPacienteEnElAreaQuirurgica-4524511%20(4).pdf)

**(14)** 5/10/2015archivo=4479,18/10/2015 disponible en:

<http://www2.ulpgc.es/descargadirecta.php?codigo>

**(15)** 5/10/2015 disponible en:

[https://es.wikipedia.org/wiki/Virginia\\_Henderson](https://es.wikipedia.org/wiki/Virginia_Henderson)

**(16)** 5/10/2015 disponible en:

<http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/177>

**(17)** 18/10/2015 disponible en:

[http://www.um.es/calidadsalud/TRABAJOS%20FINALES/MARTA%20DEL%20NOZAL/Master\\_TP\\_MNN\\_Jun2012.pdf](http://www.um.es/calidadsalud/TRABAJOS%20FINALES/MARTA%20DEL%20NOZAL/Master_TP_MNN_Jun2012.pdf)

**(18)** 5/10/2015 disponible en:

<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0724.pdf>

**(19)** 18/10/2015 disponible en:

[Http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/3468/Documento\\_completo.pdf?sequence=1](Http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/3468/Documento_completo.pdf?sequence=1)

**(20)** 5/1/2015 disponible en:

[http://bvs.sld.cu/revistas/scar/vol14\\_1\\_15/scar06115.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/scar/vol14_1_15/scar06115.htm)

**(21)** 18/10/2015 disponible en:

<http://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/471?locale-attribute=en>

**(22)** 5/10/2015 disponible en:

[http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4\\_5\\_2.htm](http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_5_2.htm)

**(23)** 20/11/2015 disponible en:

<http://html.rincondelvago.com/preparacion-preoperatoria-y-cuidados-de-enfermeria.html>

**(24)** 15/10/2015 disponible en:

[http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4\\_5\\_2.htm](http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_5_2.htm)

**(25)** 15/10/2015 disponible en:

[http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4\\_5\\_3.htm](http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_5_3.htm)

**(26)** Javier Moreno Alemán. Seguridad del paciente en el área quirúrgica: Aspectos jurídicos positivos de la implantación del Check list o lista de verificación quirúrgica. Revista CESCO de Derecho de Consumo [Internet]. Disponible en:

<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4524511.pdf>

**(27)** María Paula de Oliveira Pires, Mavilde da Luz Gonzales Pedreira, María Angélica Sorgini Peterlini. Cirugía segura en pediatría: elaboración y validación de check list de intervenciones preoperatorias. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2013 Disponible en:

[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/es\\_0104-1169-rlae-21-05-1080.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/es_0104-1169-rlae-21-05-1080.pdf)

**(28)** Eduardo B. Arribalzaga, Liliana Lupica, Stella Maris Delor, Pedro A. Ferraina. Implementación del listado de verificación de cirugía segura. Rev. Argent. cir. [Internet]. 2012 Disponible en:

[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S2250639X2012000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S2250639X2012000100002&script=sci_arttext)

**(29)** Taylor B, Slater A, Reznick R. The surgical safety checklist effects are sustained and team culture is strengthened / Los efectos de la lista de comprobación quirúrgica. The surgeon. [Internet]. 2010 Disponible en:

[http://www.thesurgeon.net/article/S1479-666X\(09\)00053-5/fulltext](http://www.thesurgeon.net/article/S1479-666X(09)00053-5/fulltext)

## **ANEXOS**

## ANEXO N° 01

### GUIA DE OBSERVACION

#### APLICACIÓN DEL CHECKT LIST EN SALA DE OPERACIONES

GUIA DE OBSERVACION	Si	NO
<p data-bbox="411 663 512 696"><b>INICIO</b></p> <ol data-bbox="288 719 995 1771" style="list-style-type: none"><li data-bbox="288 719 995 808">1. Se aplica el check list en sala de operaciones</li><li data-bbox="288 831 995 920">2. Todo el personal colabora en la realización del check list</li><li data-bbox="288 943 995 987">3. El personal se presenta frente al paciente</li> <li data-bbox="288 1055 995 1099">4. Se identifica al paciente</li> <li data-bbox="288 1167 995 1211">5. Reconocimiento de alergias del paciente</li> <li data-bbox="288 1323 995 1413">6. El paciente conoce el nombre de su cirujano y cirugía que se va a realizar</li> <li data-bbox="288 1480 995 1570">7. Se coloca el pulsoxímetro y funciona adecuadamente</li> <li data-bbox="288 1682 995 1771">8. Se observa si se encuentra marcado el sitio operatorio por el cirujano</li></ol>		



<p>9. Se tienen todos los equipos operativos para algún riesgo de anestesia del paciente</p> <p>10. Se administra antibiótico antes que comience la cirugía</p> <p style="text-align: center;"><b>PAUSA</b></p> <p>11. El cirujano confirma su nombre, cirugía del paciente.</p> <p>12. Todos se presenta por nombre y función</p> <p>13. El cirujano evalúa algún suceso imprevisto con el paciente durante la cirugía</p> <p>14. Evaluación de riesgo de pérdida de sangre mayor a 500cc</p> <p>15. Se muestran imágenes diagnosticas esenciales RX</p> <p>16. La enfermera valora los indicadores de esterilidad del instrumenta</p> <p>17. Se realiza adecuadamente el conteo de gasas y agujas antes del cierre</p> <p><b>SALIDA</b></p>		
---	--	--

<p>18.El personal de enfermería rotula adecuadamente la muestra patológica del paciente</p> <p>19.Se le pregunta al cirujano Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos Los problemas relacionados con el equipo son habituales en los quirófanos.</p> <p>20.El cirujano, el anestesista y el enfermero revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente</p>		
---	--	--

## ANEXO 2

### ESCALA DE LIKERT

### SEGURIDAD DEL PACIENTE

ENUNCIADOS	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
<b>PREOPERATORIO INMEDIATO</b>				
1. La enfermera identifica al paciente quirúrgico antes de entrar sala				
2. La enfermera revisa el brazalete del paciente antes de entra a sala corroborando su identidad				
3. El cirujano realiza el marco correcto del sitio quirúrgico				
4. Todo el equipo quirúrgico valora las alergias a medicamentos del paciente				
5. identificación del paciente en la mesa quirúrgica				
6. El anestesiólogo y la enfermera verifican si el pulsoxímetro funciona correctamente				
7. Se le pregunta al paciente su nombre completo cuando está en la mesa operatoria				
8. Se le pregunta al paciente la cirugía que se le va a realizar				
9. Verifican s el paciente tiene vía aérea difícil o riesgo de aspiración				
10. Todo el equipo quirúrgico verifica si el paciente riesgo de hemorragia >500 ml (7 ml/kg en niños				
<b>INTRAOPERATORIO</b>				

11. Todos los miembros del equipo se presentan por nombre y función antes que se realice la primera incisión				
12. Cirujano, anestesiólogo y enfermera confirman verbalmente el nombre del paciente y cirugía que se va a realizar				
13. Se administra profilaxis al paciente antes de la incisión				
14. Todo el equipo quirúrgico tiene en cuenta los pasos críticos o no sistematizados ¿Cuánto durará la operación? ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?				
15. Anestesiista: se valora si el paciente Presenta algún problema específico				
16. Se Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales				
17. La enfermera valora la esterilidad del instrumental según indicadores				
18. La enfermera instrumentista cuenta correctamente con la circulante las gasas y agujas utilizadas antes del cierre				
19. La enfermera rotula correctamente la patología del paciente				
20. La enfermera confirma verbalmente con el equipo el nombre de la cirugía				

## ANEXO 3



NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

Nº DE HISTORIA: \_\_\_\_\_

PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_

### ENTRADA DEL PACIENTE A LA SALA DE HDM

#### ENTRADA

EL PACIENTE (O SUS PADRE/MADRE) HA CONFIRMADO

- SU IDENTIDAD
- LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA
- TIPO DE PROCEDIMIENTO
- CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO

VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD DEL EQUIPO DE ANESTESIA.

SI  NO CORRESPONDE

EL OXÍMETRO DE PULSO ESTÁ FUNCIONANDO

#### ¿TIENE EL PACIENTE?

¿AYUNO CORRESPONDIENTE?

NO  SI

¿ALERGIAS CONOCIDAS?

NO  SI SEVERIDAD: LEVE  
MODERADA  
GRAVE

¿SUSPENDIO ACO?

SI  NO  NO CORRESPONDE

¿PROBABILIDAD DE REQUERIMIENTO DE TRANSFUSIÓN?  
(7 ML/KG EN NIÑOS)

NO  SI, Y DISPONE DE UNA VÍA DE ACCESO  
IV ADECUADA / FLUIDOS NECESARIOS.

### ANTES DEL ACCESO

#### PAUSA

CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAN IDENTIFICADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN.

CUENTAN TODOS CON ADECUADA PROTECCIÓN RADIOLOGICA

MÉDICO OPERADOR / ANESTESIOLOGO / ENFERMERA CONFIRMAN VERBALMENTE:

- NOMBRE DEL PACIENTE
- TIPO DE ACCESO
- NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO

#### ANTICIPACIÓN DE SUCESOS

MÉDICO OPERADOR Y ENFERMERA VERIFICAN LOS MATERIALES NECESARIOS

EL MÉDICO OPERADOR REPASA LOS PASOS ESPERADOS

EL/LA ANESTESIOLOGO/A REPASA: ¿PRESENTA EL PACIENTE ALGUNA PECULIARIDAD QUE SUSCITE PREOCUPACIÓN?

SI  NO CORRESPONDE

¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

SI  NO CORRESPONDE

¿SE MUESTRAN LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?

SI  CORRESPONDE

### ANTES DE QUE EL PACIENTE ABANDONE LA SALA DE HDM

#### SALIDA

LA ENFERMERA CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO:

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO QUE SE REGISTRA.

ADECUADO MANEJO DEL MATERIAL CORTOPUNZANTE E INSTRUMENTAL

IDENTIFICACIÓN DE LAS MUESTRAS BIOLÓGICAS (INCLUYENDO H.C. NOMBRE DEL PACIENTE) Y GESTIÓN DE LAS MISMAS.

SI  NO CORRESPONDE

EXISTE ALGÚN PROBLEMA QUE SOLUCIONAR EN RELACIÓN CON EL MATERIAL O LOS EQUIPOS.

SI  NO

CIRUJANO/A, ANESTESIOLOGO Y ENFERMERA REVISAN Y REGISTRAN EN LA HISTORIA CLÍNICA LOS CUIDADOS ESPECÍFICOS POST-PROCEDIMIENTO

FIRMA:

FECHA:

## DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES SEGÚN LA PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	JUECES EXPERTOS								PROPORCIÓN DE CONCORDANCIA	PUNTAJE
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII		
1.	0	0	0	1	0	0	0	0	1/8	0.14
2.	0	1	0	0	1	0	1	0	3/8	0.375
3.	0	1	0	0	0	1	0	0	2/8	0.25
4.	1	0	1	0	0	0	1	0	3/8	0.375
5.	0	1	0	1	0	0	0	0	2/8	0.25
6.	0	0	0	0	0	0	0	0	0/8	0
7.	1	0	1	1	0	0	1	0	4/8	0.5
8.	0	0	1	0	1	0	1	0	3/8	0,375
9.	0	1	0	0	0	1	0	0	2/8	0.25
<b>TOTAL</b>										<b>2.515</b>

$$\underline{\sum P} = 2.515/9 = 0.279$$

### N° ITEMS

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es positiva

1: Si la respuesta es negativa

Si  $p < 0.5$  el grado de concordancia es significativo de acuerdo a los resultados obtenidos por cada juez. Los resultados son menores de 0.5 por lo tanto el grado de concordancia es significativo.

### Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Casos Válidos	10	100,0
Excluidos	0	,0
Total	10	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cron Bach	N de elementos
,795	20

**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**APLICACIÓN DEL CHECK LIST POR EL LICENCIADO ENFERMERO EN RELACION A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL CENTRO QUIRURGICO CLINICA INTERNACIONAL – 2016**

TITULO	DEFINICION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	FORMULACION DE HIPOTESIS	CLASIFICACION DE VARIABLES	METODOLOGIA	POBLACION ,MUESTRA	INSTRUMENTO
<p><b>APLICACIÓN DEL CHECK LIST POR EL LICENCIADO ENFERMERO EN RELACION A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL CENTRO QUIRURGICO CLINICA INTERNACIONAL - 2016</b></p>	<p>¿Qué relación existe entre la aplicación del check list por el licenciado enfermero con la seguridad del paciente del centro quirúrgico clínica internacional - 2016?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECIFICOS</b></p> <p>1. ¿Qué relación existe entre la aplicación del check list por el licenciado enfermero con la Seguridad del paciente en el preoperatorio inmediato del centro quirúrgico de la clínica internacional - 2016?</p> <p>2. ¿Qué relación existe entre la aplicación del check list por el licenciado enfermero con la Seguridad del paciente en el intra operatorio del centro quirúrgico de la clínica internacional - 2016?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Determinar la relación que relación existe entre la aplicación del check list por el licenciado enfermero con la seguridad del paciente del centro quirúrgico de la clínica internacional – 2016.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <p>1. Identificar la relación que existe entre la aplicación del check list por el licenciado enfermero con la Seguridad del paciente en el preoperatorio inmediato del centro quirúrgico de la clínica internacional 2016.</p> <p>2. Identificar la relación que existe entre la aplicación del check list por el licenciado enfermero con la Seguridad del paciente en el intra operatorio del centro quirúrgico de la clínica internacional – 2016.</p>	<p>Si existe una relación directa entre la aplicación del check list por el licenciado enfermero con la seguridad del paciente del centro quirúrgico de la clínica internacional - 2016</p> <p><b>HIPOTESIS ESPECÍFICAS</b></p> <p>1. Si existe una relación directa entre la aplicación del check list por el licenciado enfermero con la seguridad del paciente preoperatorio inmediato del centro quirúrgico de la clínica internacional – 2016.</p> <p>2. Si existe una relación directa entre la aplicación del check list por el licenciado enfermero con la seguridad del paciente intra operatorio del centro quirúrgico de la clínica internacional – 2016.</p>	<p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b></p> <p>Hoja de check list</p> <p><b>VARIABLE DEPENDIENTE</b></p> <p>Seguridad del paciente</p>	<p><b>METODO Y DISEÑO</b></p> <p>Correlacional</p> <p><b>DISEÑO</b></p> <p>Descriptivo</p> <p><b>TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION</b></p> <p>Tipo cuantitativa</p> <p>Nivel aplicativo</p>	<p>Población N= 25</p> <p><b>MUESTRA</b></p> <p>n= 25</p>	<p><b>TÉCNICA</b></p> <p>1.La encuesta</p> <p>2.Observacion</p> <p><b>INSTRUMENTO</b></p> <p>1.Guia de observación</p> <p>2. Escala de Likert</p>