



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN  
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

**Aplicación de la lista de verificación de seguridad para la  
cirugía del equipo quirúrgico del HRL, JULIO - 2020**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:  
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud**

**AUTORA:**

Oblitas Rodriguez, Maritza (ORCID: 0000-0002-8414-1577)

**ASESORA:**

Dra. Muñoz Asenjo, Judit (ORCID: 0000-0002-5342-0872)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Gestión de los Servicios de la Salud

CHICLAYO – PERÚ

2020

## **DEDICATORIA**

A mi padre celestial, por ser fuente de sabiduría infinita.

A mis Padres y hermanos, que siempre me acompañan incondicionalmente en todos los momentos de mi vida.

A mi esposo EDUARDO y mis hijos EDUARDO y SEBASTIAN, por inspirarme a ser mejor cada día.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por guiar siempre mis pasos a lo largo de mi vida personal y profesional.

A mis Padres por el apoyo constante, moral, espiritual y físico, que permitieron que hoy culmine con uno de mis objetivos de superación académica.

A mi esposo EDUARDO, por la paciencia y comprensión, a lo largo de este tiempo de estudio, por brindarme su compañía y su apoyo siempre.

A mis niños EDUARDO y SEBASTIAN, que aún pequeños y aún sin poder comprender mucho, son pieza fundamental en este camino.

## Índice de Contenidos

	<b>Pag.</b>
Carátula .....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento .....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas.....	v
Resumen .....	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	5
III. METODOLOGÍA.....	14
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	14
3.2 Variables y operacionalización.....	15
3.3 Población, muestra y muestreo.....	15
3.4 Técnica e instrumento de recolección de datos.....	17
3.5 Procedimientos.....	18
3.6 Método de análisis de datos.....	19
3.7 Aspectos éticos.....	19
IV. RESULTADOS... ..	21
4.1 Estadística Descriptiva.....	21
V. DISCUSIÓN.....	23
VI. CONCLUSIONES... ..	26
VII. RECOMENDACIONES.....	27
REFERENCIAS .....	28
ANEXOS	

## Índice de Tablas

Pag.

<b>Tabla 1:</b> Profesional de enfermería especialista en centro quirúrgico .....	17
<b>Tabla 2:</b> Cumplimiento según aplicación de la LVSC, por parte del equipo quirúrgico en el Hospital Regional Lambayeque – 2020 .....	21
<b>Tabla 3:</b> Nivel del cumplimiento según aplicación de la LVSC en la Fase de entrada, por parte del equipo quirúrgico en el Hospital Regional Lambayeque – 2020.....	22
<b>Tabla 4:</b> Nivel del cumplimiento según aplicación de la LVSC en la Pausa Quirúrgica, por parte del equipo quirúrgico en el Hospital Regional Lambayeque – 2020.....	23
<b>Tabla 5:</b> Cumplimiento según aplicación de la LVSC, en la Fase de salida, por parte del equipo quirúrgico en el Hospital Regional Lambayeque – 2020 .....	24

## Resumen

La presente investigación tiene como objetivo general: determinar el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de seguridad para la cirugía, según fases del *check list*, por parte del equipo del HRL, donde para su desarrollo se requiere contar con el conocimiento previo de, cómo se está realizando la aplicación de la lista de verificación de seguridad para la cirugía, por parte del equipo de profesionales quirúrgicos del Hospital Regional Lambayeque, el mismo que se logra, observando directamente al objeto de estudio y describiendo los resultados. Para ello, se aplicó la guía de observación, basada en la LVSC utilizada en el HRL, y validado por alfa de crombach obteniendo que es válido ( $r > 0,30$ ;  $p < 0,1$ ) y confiable ( $\alpha > 0,80$ ). Se aplicó la guía con la finalidad de hacer la observación directa siguiendo las fases estructuradas y secuenciales de la LVSC, evidenciando in situ, si la ejecución de se da en el momento indicado y con el tono de voz correcta por parte de la enfermera que cumple función de circulante, así como las respuestas emitidas por el resto del equipo quirúrgico. Se analizó la variable, utilizando estadística descriptiva, expresando los resultados en tablas de frecuencias, siendo los resultados: en el equipo quirúrgico del HRL, si cumple con la LVSC un 75.7 % , medianamente cumple un 20 % y no cumple 4.3 % . Al mismo se realizó un análisis por fases teniendo: Fase de Entrada, si cumple: 92.9 % , no cumple 7.1 % , Pausa quirúrgica, si cumple 61,4 % , medianamente cumple 20 % , no cumple 18.6 % y Fase de salida, si cumple 10 % , medianamente cumple 70 % y no cumple 20%. Los resultados del presente estudio, permiten plantear conclusiones y analizar la problemática sobre el cumplimiento de la aplicación de la LVSC, que no es constante en todos los procedimientos quirúrgicos ni entre las fases, así como identificar en qué fase de la aplicación, se incumple con mayor frecuencia durante los procedimientos quirúrgicos, y en base a ello encaminar la propuesta de mejora continua, aumentar los niveles de cumplimiento de la LVSC y con ello, disminuir los riesgos a los que se encuentran los pacientes, cada vez que son sometidos a cirugía.

**Palabras claves:** Lista de verificación de seguridad para la cirugía, aplicación y cumplimiento.

## Abstract

The present research has the general objective: to determine compliance in the application of the safety checklist for surgery, according to the check list phases, by the HRL team, where its development requires prior knowledge of , how the application of the safety checklist for surgery is being carried out by the team of surgical professionals of the Lambayeque Regional Hospital, the same that is achieved, observing directly the object of study and describing the results. To do this, the observation guide was applied, based on the CSLV used in the HRL, and validated by crombach alpha, obtaining that it is valid ( $r > 0.30$ ;  $p < 0.1$ ) and reliable ( $\alpha > 0.80$  ).

The guide was applied in order to make direct observation following the structured and sequential phases of the CSVL, evidencing in situ, if the execution of the procedure is given at the indicated time and with the correct tone of voice by the nurse who complies circulating function, as well as the responses issued by the rest of the surgical team. The variable was analyzed, using descriptive statistics, expressing the results in frequency tables, the results being: in the HRL surgical team, if 75.7% complies with the LVSC, averagely complies with 20% and 4.3% does not comply. At the same time, an analysis was carried out by phases having: Entry Phase, if it complies: 92.9%, does not comply 7.1%, Surgical pause, if it complies with 61.4%, moderately complies with 20%, does not comply 18.6% and Exit Phase, if meets 10%, moderately meets 70% and does not meet 20%. The results of the present study allow us to draw conclusions and analyze the problem regarding compliance with the application of the CSVL, which is not constant in all surgical procedures or between phases, as well as to identify in which phase of the application, the compliance with greater frequency during surgical procedures, and based on this, direct the proposal for continuous improvement, increase the levels of compliance with the CSVL and thereby reduce the risks that patients face each time they undergo surgery.

**Keywords:** Safety checklist for surgery, application and compliance

## I. INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, la Seguridad del paciente ha tenido mayor relevancia en todas las instituciones que brindan servicios en salud. Entendiendo que la velar por la seguridad del paciente es siempre el objetivo principal de los profesionales de la salud, quienes velan en mantener un óptimo estado de bienestar físico, mental y social de las personas, y no solo por la ausencia de enfermedad (OMS, 2010, p.50).

Es preciso enfatizar que, durante la práctica clínica y mientras se brinda la atención directa a los pacientes, podrían conllevar un riesgo tanto para la persona que recibe la atención, como para los profesionales de la salud que realizan la atención, a medida que la tecnología avanza y por ende los nuevos tratamientos y formas diagnósticas progresan estos riesgos también aumentarán. Es decir se encontrarán siempre propensos a un accidente inesperado o imprevisto (efecto adverso) que causará complicaciones y daños en los pacientes y no necesariamente producto de la enfermedad que le acontece sino producto de la atención directa que recibe por parte del profesional de la salud; estos efectos adversos en muchos de los casos son inevitables y en muchos otros podrían evitarse por completo, es por ello que a lo largo de los años se han venido promoviendo estrategias y programas a nivel mundial, con la finalidad de aumentar la seguridad de los pacientes durante la atención (Garjón y Gorricho, 2010) . La atención en los quirófanos, no se encuentra exenta de los efectos adversos, sobre todo de los más graves, de aquellos que pueden ser claramente evitables, como por ejemplo: confundir la identidad de los pacientes y sus respectivos diagnósticos, lugar incorrecto de la cirugía, complicaciones con la anestesia, olvido de material quirúrgico en cavidad interna del paciente, entre otros. Es por ello que se creó la iniciativa *“la cirugía segura salva vidas”* con la finalidad de disminuir las complicaciones de tipo quirúrgicas, tales como las inadecuadas prácticas de seguridad en el manejo de la anestesia, infección en la zona de incisión que son evitables o la mala comunicación entre los integrantes del equipo de especialistas del área quirúrgica; pues se ha comprobado que muchos de los problemas antes planteados son muy frecuentes, con alto índice de mortalidad y sobre todo evitables en todos los países del mundo (OMS, 2008).



Tal es así, que el Perú se inicia la implementación de la ficha de cirugía segura en el año 2008, mediante la Resolución Ministerial N° 533-2008/MINSA, donde especifica que: “La Dirección General de Salud de las Personas ha elaborado los criterios mínimos de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura”, para ser implementada según las practicas locales de cada región, con el objetivo de cumplir con los estándares de calidad y seguridad de todos los pacientes, desde ese entonces se vino aplicando de manera paulatina en los establecimientos de salud. En al año 2010 mediante la Resolución Ministerial N° 1021 – 2010/MINSA, se aprueba la “Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía (LVSC)” y responsabilizando a las DIRESAS y GERESAS la difusión, supervisión y evaluación de su aplicación en el ámbito de su jurisdicción correspondiente. Para cumplir con el lineamiento de la mejora de la calidad de atención a nivel nacional, se ha implementado en todos los establecimientos de salud públicos y en su mayoría de algunos establecimientos privados a nivel nacional, respondiendo así a uno de los componentes del Sistema de Gestión de Calidad en Salud, que es “garantizar y mejorar la seguridad del paciente”, incluido en la Política Nacional de Calidad en Salud y formando parte de las Líneas de Seguridad del Paciente – MINSA, donde especifica el fortalecer la Implementación de la aplicación de la lista de verificación de seguridad para la cirugía (LVSC).

En un hospital de Lambayeque, se aprobó bajo Resolución Directoral N°314-2016-GR-LAMB/GERESA-L-HRL-DE el “Plan de Trabajo Anual del Equipo Conductor para la Implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía” determinando a la enfermera circulante como coordinador de la LVSC, todo ello como parte del compromiso de mejora continua dentro de los convenios de gestión que incluyen el fortalecimiento de la implementación en la aplicación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía; es así como se iniciaron las capacitaciones al personal de salud que forma parte del equipo quirúrgico (médicos anesestesiólogos, médicos cirujanos y personal profesional de enfermería de quirófano) con la finalidad de dar a conocer la correcta aplicación de la LVSC y sensibilizar sobre la importancia de la misma.

El servicio de centro quirúrgico, cuenta con 5 quirófanos operativos, realizando aproximadamente 10 cirugías por día, y muchas de ellas cirugías de

alta complejidad, entre ellas cirugías de las diferentes especialidades: gineco-obstetricia, cirugía plástica, ginecología oncológica, cirugía de cabeza/cuello, cirugía general, cirugía oncológica, traumatología, neurocirugía, cardiovascular, otorrino, urología, oftalmología. Sin embargo, a pesar que en cada una de las cirugías realizadas se usa la LVCS, se evidencia que no está siguiendo las pautas según la normativa vigente, puesto que muchos de cirujanos y anestesiólogos no responden verazmente a las preguntas del listado, minimizando la aplicación o exagerando en las respuestas de las mismas, riéndose frente a las preguntas o dejando que sea el médico residente sea el responsable, así mismo no todo el personal de enfermería circulante como coordinador de la LVSC está realizando las preguntas cantadas en todos sus momentos; por otro lado los formatos no se encuentran llenos completamente, y no todos cuentan con la firma y sello correspondiente, es el personal de enfermería quien tiene que seguir a los cirujanos y anestesiólogos para que cumplan con esta parte de la ficha.

Frente a esta problemática y recordando que la OMS en afán de reducir las muertes de origen quirúrgico en todos los países del mundo, se crea la LVSC como herramienta para velar por la seguridad de la práctica quirúrgica, teniendo esta que estar debidamente aplicada y correctamente llena, llevando a la investigadora a realizar las interrogante: ¿Cuál es el cumplimiento según la aplicación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía, según las fases del check list, por parte del equipo quirúrgico del HRL, JULIO – AGOSTO?

El presente trabajo de investigación, constituye un gran aporte para la institución, y para los trabajadores de cuál depende el nivel de cumplimiento y cuan seguras vienen realizándose los procedimientos quirúrgicos, lo que conllevará a fortalecer el cumplimiento, según los resultados obtenidos y / o mejorar los procesos de ser necesarios. Así mismo, presenta justificación teórica, pues logrará un beneficio a la población y al equipo quirúrgico que brinda la atención directa y al mismo tiempo a todas las personas que sean atendidas, ya que describirá a la variable abiertamente e identificar puntos específicos de fallas en la aplicación y el su cumplimiento de la LVSC, y desde el punto de vista metodológico, se justifica, porque al conocer la descripción de las variables, se tendrá información clara y precisa, que permitirá plantear propuestas de mejora,

encaminadas a la aplicación correcta de la LVSC, así como planes de sensibilización y fortalecimiento de los conocimientos para un mejor resultado en la atención quirúrgica.

Se ha planteado como hipótesis de la investigación, el equipo quirúrgico no cumple con la aplicación de LVSC, porque no realizan de forma correcta la aplicación del *check list*, en el 100 % de sus procedimientos quirúrgicos realizados. Para lo que se plantea como objetivo general: determinar el cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de la seguridad para la cirugía, según fases del *check list*, por parte del equipo del HRL. Y como objetivos específicos: Identificar el cumplimiento en la Fase de entrada según aplicación de la LVSC, por parte del equipo quirúrgico en el Hospital Regional Lambayeque, Identificar el cumplimiento en la Pausa Quirúrgica según aplicación de la LVSC, por parte del equipo quirúrgico en el Hospital Regional Lambayeque, Identificar el cumplimiento en la Fase de salida según aplicación de la LVSC, por parte del equipo quirúrgico en el Hospital Regional Lambayeque.

## II. MARCO TEÓRICO

La problemática antes presentada, ha sido estudiada anteriormente, como lo demuestran algunos trabajos internacionales como, Rodriguez H.V. (2016), Argentina; en la tesis titulada “Descripción de la Aplicación de Verificación Quirúrgica en el servicio de Cirugía del Hospital Privado de Cordova”, tiene como objetivo principal: Analizar la aplicación de la LVQ (Lista de Verificación Quirúrgica) en el servicio de cirugía del Hospital Privado de Córdoba Argentina durante el periodo de Agosto 2014-Diciembre 2015. Los resultados de la investigación fueron: “Más del 85% de cirugías el paciente ingresa con su pulsera de identificación, el 85% realiza la pausa quirúrgica, solo el 60% se presenta el equipo quirúrgico, el 90% se confirma el procedimiento a realizar y el 80% revisa los aspectos importantes antes de la salida del paciente con las firmas correspondientes en el documento; los resultados preocupantes se encuentran en más del 90% considero que la LVQ no es una herramienta útil y el 60% no cuenta con información los resultados de la omisión del documento”. Teniendo como conclusión:

*El estudio de los resultados reflejan la necesidad de valoración de la lista de verificación de las cirugías entre el personal de salud del hospital, pues si bien se aplica la ficha en un 80%, se desconoce la razón de ser y sus beneficios de uso.*

Así mismo, Hurtado J.J. (2012), Guatemala; en el trabajo titulado: “Aceptación de la Lista de Verificación para una Cirugía Segura entre los profesionales de cirugía“, el mismo que tuvo como objetivo determinar cuál es el nivel de aceptación de la “LVCS” entre el personal de quirófano, y determinar cuál es el nivel de conocimiento sobre la “LVCS”, el uso un método descriptivo. Dentro de la población, encontramos a 50 profesionales de la Salud (anestesiólogos, cirujanos y personal de enfermería) se aplicó un cuestionario donde detallaron sus datos profesionales y preguntas sobre el tema, obteniendo los siguientes resultados, que: “El 98% conoce sobre “LVCS”, el 88% conoce los objetivos, las enfermeras más que los cirujanos, conocen que la “LVCS” se debía usar antes de la inducción, antes de la incisión y antes del término y salida del paciente, todo el

personal pensó que usar la “LVCS” es bueno y que su instalación fue una buena decisión. Llegando a la conclusión siguiente:

*Aunque el personal aceptó “LVCS”, dudas de la aplicación en relación a su uso todavía existe. Todo ellos poniendo en riesgo su aplicación efectiva en los hospitales de Guatemala. Se deben hacer más trabajos para concientizar al personal en relación a porqué y como la “LVCS” debe ser usado”*

Dentro de los antecedentes a nivel nacional se encontraron a, Torres G. A. (2016) Perú; en la tesis titulada: “Cumplimiento de Lista de Verificación Cirugía Segura del Servicio de Centro Quirúrgico. Hospital Daniel Alcides Carrión – Huancayo, Agosto – 2016”. Teniendo como objetivo principal: Determinar en el servicio de centro quirúrgico el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, en el hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – agosto 2016. Obteniendo los siguientes resultados: para evaluar los resultados se tomó en cuenta la escala de ACOFAEN, según la escala mencionada, se obtuvo que en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo solo el 0.7% de los procedimientos cumplen de forma excelente, 0.7% de forma parcial, 2.2% de forma mínimo y el 96.4% no cumple con la Lista de Verificación de Cirugía Segura. Llegando a la siguiente conclusión:

*El equipo de profesionales que labora en centro quirúrgico no cumple con la Lista de Verificación de la Cirugía Segura (LVCS), en todos sus momentos.*

Circunstancias parecidas en el estudio que realizó, Perez Q.R. (2014) Perú; en la tesis titulada: “Percepción de los profesionales quirúrgicos sobre la utilidad y aplicación de la lista de verificación para una cirugía cardiovascular segura en el servicio de centro quirúrgico del Instituto Nacional del Corazón de EsSalud – 2014”, teniendo como objetivo principal: Determinar la percepción de los profesionales integrantes del equipo quirúrgico sobre la Lista de verificación para una Cirugía Segura en el Servicio de Centro Quirúrgico del Instituto Cardiovascular de ESSALUD, 2014. Obteniendo los siguientes resultados: con respecto a la percepción de utilidad el 44% de la población responde con una

percepción favorable, el 17% responde de forma desfavorable y el 15% responde medianamente favorable, para la aplicación se encontró que el 41% tiene una percepción favorable, 32% desfavorable y 27% medianamente favorable. Llegando a las siguientes conclusiones:

*En relación a la percepción de la utilidad los resultados encontrados reflejan un riesgo en la incorporación de la LVCS, lo que interviene de forma negativa en la seguridad del paciente que será intervenido quirúrgicamente y en la cultura de seguridad de todo el personal quirúrgico; con respecto a la aplicación se concluye que existe un inestabilidad en la práctica quirúrgica, teniendo como consecuencias eventos adversos quirúrgicos que lamentar.*

A nivel local, también se han realizado estudios de este tipo, así pues, tenemos que, Díaz S. K (2019) Lambayeque; en la tesis titulada: “Cumplimiento del Compromiso de Mejora de la Cirugía Segura en la Calidad de Atención en salud en el hospital Belén Lambayeque”, teniendo como objetivo principal: Determinar el nivel de cumplimiento con respecto al compromiso de mejora “cirugía segura” en la calidad de atención en salud en el hospital Belén Lambayeque 2017. Teniendo como resultados: que el nivel de cumplimiento de la “cirugía segura” en el hospital Belén Lambayeque 2017 es regular con el 55.2%, en el nivel alto de cumplimiento con el 34.2% y con el 10.6% de un nivel bajo de cumplimiento. Llegando a la siguiente conclusión:

*El Nivel del cumplimiento es regular, con respecto al compromiso de mejora de la “Cirugía segura” correspondiente a la calidad de atención en salud en el Hospital Belén Lambayeque 2017.*

Es evidente, que a lo largo de los últimos años, son muchos los escenarios donde existe la problemática planteada, pues aun los resultados a nivel internacional, nacional y local, no vienen siendo favorables y satisfactorios, lo que significaría, que en la actualidad, aun contamos con profesionales de la salud que conocen cual son sus funciones teóricamente, pero lo que corresponde a la práctica, reflejan omisiones.

Las actividades de salud que se brindan a los pacientes, se desarrollan con la finalidad del beneficio de ellos mismo, aunque en ocasiones pueden producir daños. La fuerte relación entre la tecnología, los procesos y las relaciones humanas, como parte del sistema actual de prestaciones en salud podría beneficiar a las personas de forma importante, sin embargo puede llevarlos siempre a riesgos de situaciones adversas, que en definitiva se producen frecuentemente (OMS, 2010).

Las eventualidades adversas durante la atención, no constituyen un tema nuevo, entre los años 50 y 60, algunas investigaciones dieron como resultados sobre eventos adversos, pero no se le dio el interés necesario. A inicios de los 90, posterior a la exposición de lo obtenido del *Harvard Medical Practice Study (1991)* se dispuso de pruebas factibles sobre el tema y con la publicación de *To err is human: building a safer health system (1999)* brindado por el *Instituto de Medicina de los EEUU*, brindaron la información necesaria y ubicaron al tema en la cima de todos los debates públicos y programas políticos a nivel mundial, hoy por hoy los países la OCDE y todos los países que la conforman, estudian arduamente la problemática con la finalidad de darle solución y herramientas de control a todo el mundo (OMS, 2001).

Así pues tenemos que, “La pruebas que se encontraron sobre los situaciones adversas tienen su procedencia en los hospitales, ya que, en su mayoría son asociados con la atención hospitalaria, los mismos que son altos, las actividades de mejora están cada vez más documentadas, y por la gran importancia que tiene la mantener la confianza del todos los paciente” (OMS, 2001. p. 1). Al mismo tiempo muchos de ellos también se realizan en otros servicios, tales como: consulta externa, en consultorios y clínicas, farmacias y en los hogares donde viven los pacientes.

Cada una de las etapas en la atención del paciente sugiere un grado de inseguridad, por ejemplo: respuestas secundarias a las combinaciones y/o administración de medicamentos, el riesgo al utilizar un instrumental determinado, la atención que no se guía de normas y por ende suelen ser defectuosos, las deficiencias de los sistemas de salud y los errores humanos, etc., todos ellos

pueden llevarnos a un evento adverso tanto en la práctica, el resultado o en el procedimiento (OMS, 2001).

Frente a los eventos adversos que pueden suceder, durante la atención de las personas, es importante resaltar la seguridad de los pacientes, a la que podríamos definirla como la atención que es dada libre de lesiones y accidentes que podrían ser prevenibles. Dentro de la seguridad encontramos a todas las actividades, procesos, metodologías, pasos secuenciados y protocolos respaldados con un fundamento científico que se estipulan como tal con la finalidad de disminuir el riesgo de producirse algún evento adverso durante la atención directa y por lo tanto reducir el riesgo de daño posible, tratando así de que dicha atención se brinde con calidad y seguridad (Gómez, Soto, 2011).

Para la OMS (2001) define la seguridad como “uno de los pilares más importantes y fundamentales de la atención hacia las personas y uno de los aspectos más crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla necesita un trabajo complejo pues para ello interviene una serie de acciones relacionadas a la mejora del funcionamiento, a mejorar y organizar un entorno seguro y la tener una respuesta rápida del riesgo, entre ello se encuentra el luchar contra las infecciones, el uso de medicamentos libres de daños, trabajar con un equipo seguro, realizando actividades clínicas inocuas y favoreciendo un entorno saludable” (p. 4). Incluye las disciplinas en su totalidad y los profesionales encargados de la atención directa de salud, por lo tanto necesita tener una visión amplia y general para determinar y gestionar los riesgos, las complicaciones reales para el paciente y encontrar posibles soluciones.

Así mismo, la OMS, en octubre del 2004, mediante su dirección general, pone en marcha la *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente*, actuando como un órgano incentiva la intervención internacional y las actividades de los estados que la conforman, expertos, instituciones de salud, entre otros; teniendo como objetivo principal dar a conocer los avances de mejora en mantener al paciente libre de daño, a nivel mundial.



Podemos mencionar entonces que la mantener al paciente seguro durante la atención, es un problema público en todo el mundo; “se calcula que 1 de cada 10 pacientes ha adquirido o experimentado, algún daño durante el tiempo que estuvo en un centro hospitalario; por lo tanto, este tema es considerado como uno de los problemas de gran importancia entre los países que conforman la OMS, así como aquellos están desarrollo” (OMS, 2004). Siendo la “Cultura de Seguridad” su máximo desafío para todas las organizaciones, que debe ser practicada desde los directivos en sus gestiones diarias, hasta los que brindan la atención directa al paciente.

Por ello se desarrolló una investigación (*High 5s Project*) a nivel mundial, con 5 proyectos, donde se incluyen:

- Manejo de medicamentos inyectables concentrados
  - Mantener la medicación en cuidados transitorios de forma precisa.
  - Comunicación durante el cuidado en el período de traslados de los pacientes.
  - Mantener la higiene de manos para prevenir la salud asociado a infecciones.
  - Realización de procedimientos correctos en el correcto lugar del cuerpo.
- Dichos proyectos diseñados para colaborar con la seguridad del paciente, generan aprendizaje continuo en las organizaciones y promueven el avance a la mejora de la calidad (OMS, 2009). Uno de los temas que se abordó en la *Alianza*, es mantener seguros a los pacientes que son sometidos a procedimientos quirúrgicos, con la consigna: “Cirugía Segura Salva Vidas” implementando un programa para todo el mundo, con la finalidad de reducir al máximo las complicaciones en los quirófanos, tales como las actividades incorrectas durante la anestesia, problemas infecciosos o la poca comunicación asertiva, entre los participantes como parte del equipo quirúrgico, pues se ha demostrado que muchos de estas circunstancias son muy frecuentes, con alta mortalidad y sobre todo pueden evitarse en todos los países del mundo (OMS, 2008).

Los errores que se producen durante la cirugía son muy frecuentes, por lo que las estrategias principales que han sido difundidas por la OMS,

están siendo encaminadas a la reducción de errores en los quirófanos; una de estas estrategias más destacada ha sido la *“Implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía”* ya que ha demostrado ser bastante efectiva y útil en muchas de las investigaciones que se han realizado y publicado en varios países (OMS, 2009), teniendo como objetivo principal contribuir a darle a las cirugías, la mayor seguridad, reduciendo las complicaciones y la muerte de cuatro maneras: (1) dando a conocer el rol y estándares de cirugía segura en la comunidad en general a los médicos, los responsables de la administración en los hospitales y personal que interviene en la salud pública, (2) determinando un conjunto de unidades de medida para la vigilancia nacional como internacional del cuidado durante la cirugía, (3) determinando un grupo de estándares de seguridad durante la cirugía que sean fácilmente adaptados a todos los ambientes y países, agrupándolos en una lista de chequeo para ser usado en los quirófanos y (4) implementarla en todas las regiones de la OMS y posteriormente a todo el mundo (Martinez, J, 2012).

En ese sentido, la Alianza Mundial que vela por la seguridad de los pacientes, creó la iniciativa La cirugía segura salva vidas, siendo esto una de las actividades de las Organización Mundial de la Salud (OMS) para reducir a nivel mundial el número de decesos en las sala de operaciones.

Esta política pretendía aprovechar el compromiso y la voluntad clínica para abordar situaciones importantes de seguridad, las actividades incorrectas durante la anestesia, problemas infecciosos o la poca comunicación asertiva, entre los participantes como parte del equipo quirúrgico, pues se ha demostrado que muchos de estas circunstancias son muy frecuentes, con alta mortalidad y sobre todo pueden evitarse en todos los países del mundo. Teniendo como objetivo incrementar y mejorar las actividades de seguridad ya practicadas diariamente y ayudar en la comunicación y el desempeño de todo equipo multidisciplinario.

Esta Lista de chequeo para la verificación de seguridad, no se encuentra normado como un instrumento, ni como una política; está pensada como herramienta que pueden utilizar todos los integrantes de la salud clínicos profesionales interesados en incrementar la seguridad en todas sus intervenciones quirúrgicas y disminuyendo el número de circunstancias adversas y de muertes evitables, la ficha de chequeo de verificación divide el procedimiento quirúrgico en tres fases, cada una pertenece a un periodo de tiempo concreto dentro de la realización normal de la cirugía:

Antes de iniciar la inducción de la anestesia (Fase de Entrada), la etapa posterior a la inducción de la anestesia y antes del inicio de la cirugía (Pausa quirúrgica), y la etapa de cierre de la herida quirúrgica o posterior, pero antes que el paciente abandone el quirófano (Fase de Salida).

Durante la Fase de entrada, se realizará con el anesthesiólogo y la coordinadora, se registrará con el paciente (si así lo permite su condición), sus datos personales, y datos de su procedimiento, así como la confirmación de haber sido informado por su médico tratante, y haber firmado su consentimiento para el procedimiento; el coordinador verifica si se ha marcado la zona operatoria (si aplica o no), y confirma con el anesthesiólogo la seguridad de la anestesia, contar con equipos funcionando, así como contar con el equipo de anestesia general listo para su uso; deben precisar si el paciente reconoce alergias medicamentosas, realizar revisión de la HCl, el anesthesiólogo mencionará si el paciente tiene dificultades para la intubación, riesgo de complicaciones como la aspiración, riesgo de sufrir hemorragias y si cuenta o no con depósito de sangre, previamente coordinados.

En la segunda fase o Pausa Quirúrgica, una vez terminada la anestesia y antes de la iniciar la cirugía, con el anesthesiólogo, coordinador y cirujano, deben identificarse cada uno de los integrantes presentes en la cirugía y sus funciones que realizarán, en voz alta, así como confirmar

datos del paciente, revisar con el cirujano datos del procedimiento, si el paciente presenta algún problema específico lo determinará con anestesiología, y con enfermería revisar conformidad con el material quirúrgico, ropa y equipos, confirmar si ha recibido antibioticoterapia como profilaxis y si cuenta con imágenes diagnósticas esenciales.

En la tercera fase – cuando ha terminado la cirugía y aun no sale del quirófano, el anestesiólogo, cirujano y coordinadora, revisan y confirman el cual fue el procedimiento que se realizó, las gasas, material quirúrgico y agujas estén completos, si existen muestras operatorias que estén debidamente etiquetadas, si existe algún problema por resolver que tenga relación con el material utilizado, así mismo deben contemplar los aspectos importantes durante la recuperación, tratamiento y manejo posterior del paciente y los cuidados de enfermería.

Durante las actividades, en cada etapa del *chek list*, antes de proseguir con la verificación se debe permitir que el Coordinador de la lista identifique que los integrantes hayan llevado a cabo sus tareas. En la medida que los profesionales de la salud, que forman parte de los quirófanos, se vinculen de forma continua con la ficha, podrán ejecutar las actividades de forma correcta, usando el tono de voz adecuado y anunciar en voz alta cada uno de los pasos ejecutados, sin necesidad que el coordinador plantee las preguntas todo el tiempo.

Cada uno de los profesionales que forman equipos, deben buscar la manera de forma más segura y factible el uso de la Lista de verificación en todas sus actividades de forma eficiente, evitando trastornos en el paciente y completando de forma correcta, todos los pasos que contempla la LVSC (OMS, 2009).

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo y diseño de investigación

Teniendo en cuenta la revisión bibliográfica de Hernandez, Fernandez, Bautista y Arbaiza (2014), el presente estudio de investigación tuvo un enfoque Cuantitativo, hipotético deductivo, pues usó la información recopilada del objeto de estudio, para poder aceptar o rechazar la hipótesis planteada, tomando como herramienta de trabajo los cálculos numéricos y el procesamiento estadístico.

La presente investigación se desarrolló siguiendo el diseño no experimental de corte transversal, ya que las variables no sufrieron manipulación alguna en todo el desarrollo de la investigación. Sólo se observaron los acontecimientos según se dieron en un momento y ambiente dado, para posteriormente ser trabajados y analizados. (Hernandez, Fernandez y Bautista, 2014.p. 152)

Así mismo, fue de tipo descriptivo - Propositivo. Teniendo en cuenta que según Sánchez y Reyes (2006) manifiesta que: una investigación es de tipo descriptiva por que busca identificar, describir y analizar las características importantes de la información brindada por el objeto de estudio. Buscó determinar el cumplimiento de la LVSC, identificando la correcta aplicación del *check list* de la LVSC y los errores que pueden ocurrir durante su aplicación. Así con a partir de los resultados realizar posteriormente una PROPUESTA DE MEJORA CONTINUA, trabajado en base a los resultados obtenidos de la presente investigación.

Diagrama gráfico:



M: Muestra (personal de licenciado de enfermería asistencial especialista en CQ, que forma parte del equipo de profesionales quirúrgico del HRL).

O<sub>1</sub>: Observación de la variable V<sub>1</sub>.

### **3.2. Variables y operacionalización**

**Variable:** Cumplimiento de la Aplicación de la LVSC.

#### **Definición conceptual:**

Es la realización correcta de la LVSC, basada en el compromiso y responsabilidad que implica cumplir con una herramienta que ayudará en la prevención de errores quirúrgicos evitables y con ellos garantizar procedimientos quirúrgicos seguros, y de calidad en beneficio de nuestros usuarios internos y externos.

#### **Definición Operacional:**

Las dimensiones de la aplicación que se realiza de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía, según OMS (2018), las divide en tres: Fase de entrada de la LVSC, Pausa quirúrgica de la LVSC, fase de salida de la LVSC.

#### **Indicadores**

Los indicadores están dados a través del Cumplimiento de la LVSC – fase de entrada, Cumplimiento de la LVSC – pausa quirúrgica y del Cumplimiento de la LVSC – fase de salida.

#### **Escala de medición:**

Está determinada por la escala de estimación: si cumple y no cumple. Y posteriormente se ubicaron dentro de los rangos No cumple, Medianamente cumple y si cumple. Los rangos utilizados fueron de Descripción de baremos percentiles: no cumple (0 – 9 preguntas bien aplicadas), medianamente cumple (10 – 18 preguntas bien aplicadas) y si cumple (19 – 26 preguntas bien aplicadas), con la finalidad de estimar los resultados hacia nuestros objetivos.

### **3.3. Población y muestra Población:**

La investigación tuvo como población objeto del presente estudio, al personal licenciado de enfermería asistencial especialista en CQ, que forma parte

del equipo de profesionales quirúrgicos del Hospital Regional Lambayeque, partiendo de la observación directa, de la aplicación de la LVSC durante el procedimiento quirúrgico, dicha aplicación está a cargo de la licenciada en enfermería que cumple la función de CIRCULANTE dentro del equipo (se consideró que, todo el personal de enfermería especialista en centro quirúrgico, cumple esta función de forma rotativa según programación diaria), asignada como responsable de la aplicación de dicha ficha, mediante resolución directorial interna. Así pues, el investigador determinó aplicar 3 veces el instrumento por persona observada, en 3 cirugías diferentes, para obtener una mejor respuesta de los resultados, y obtener mayor información relacionada con el cumplimiento de la LVSC. Así mismo, se observó a los demás integrantes del equipo que intervienen en el procedimiento al momento de la aplicación del instrumento (Anestesiólogos, Cirujanos e instrumentista), ya que con sus respuestas, complementan el cumplimiento de la aplicación de la LVSC. Se tuvo en consideración para la aplicación del instrumento, el número promedio de cirugías en un mes actualmente.

Así mismo la muestra estuvo determinada aplicando los criterios de inclusión y exclusión:

Criterio de inclusión:

- Enfermeras especialistas que realicen actividad asistencial en quirófanos.

Criterio de exclusión:

- Enfermeras especialistas que no realicen actividades en quirófanos.
- Enfermeras especialistas que se encuentren en goce vacacional y/o licencias.
- Enfermera investigadora.

### **Muestra:**

Según criterio del investigador, se tomó una población muestral. Las licenciadas de enfermería especialistas en centro quirúrgico, que cumplieron

funciones de Circulante dentro del equipo quirúrgico, según la programación diaria para cirugías, ya que, según resolución interna, quien realice la función de circulante, es la responsable de la aplicación de la LVSC en cada una de las cirugías programadas diariamente y al mismo tiempo tomando en cuenta los criterios de exclusión.

Teniendo todo ello en cuenta, se contó con un total de 23 licenciadas en enfermería, que cumplieron con la función de circulante dentro del equipo quirúrgico, durante el mes de Julio.

**Tabla 1:** Profesional de enfermería especialista en centro quirúrgico.

<b>PROFESIONALES</b>	<b>CANTIDAD</b>
<b>Enfermeras especialistas en centro quirúrgico</b>	39
<b>Enfermeras que no cumplen función en quirófano (función administrativa, según condición física y rotación en otros servicios)</b>	8
<b>Enfermeras que se encuentren con licencia por comorbilidad</b>	7
<b>Enfermera investigadora</b>	1
<b>TOTAL DE MUESTRA</b>	23

### **3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

En el presente trabajo de investigación, se usó como técnica de recolección de datos, la Observación de Campo no Experimental, mediante la aplicación de una guía de observación como instrumento de recolección de datos. Según Moreno, (2012), hace referencia a todas las técnicas de recolección de datos como un documento importante y certificado, que guía este procedimiento, pues registra de forma sistemática, las respuestas de cada integrante de la muestra, permitiendo al investigador al mismo tiempo dar respuesta a las interrogantes planteadas en su estudio, pues el objetivo principal de este instrumento es la exploración y descripción del problema.



Con respecto al instrumento de recolección de datos, encontró su Validez y Confiabilidad, en la LVSC planteada por la OMS (2008), y aplicada en el HRL (2014) (ver anexo 4), ya que para determinar el nivel de cumplimiento de la aplicación de la LVCS, fue en base a la observación directa, durante la ejecución de cada uno de los ítems que formar parte de las 3 fases de la LVSC: Entrada, Pausa Quirúrgica y salida, por parte de la enfermera especialista que cumple la función de CIRCULANTE dentro del quirófano y es exactamente lo que el investigador quiere medir, pues Hurtado (2012, p.790, 792) señala: "...un instrumento es válido desde el punto de vista de constructo, cuando sus componentes están en correspondencia con sus sinergias o los indicios que se derivan del concepto el evento que se pretende medir".

Así mismo se buscó validez del instrumento mediante Alfa de Crombach, obteniendo como resultados que, es válido ( $r > 0,30$ ;  $p < 0,1$ ) y confiable ( $\alpha > 0,80$ ).

### **3.5 Procedimientos**

Para la ejecución del presente proyecto, se solicitó el permiso respectivo del HRL, mediante la presentación de los expedientes solicitados por el área de Investigación, quienes a su vez, posterior a la evaluación, solicitaron el permiso respectivo de los jefes de área.

La recolección de datos se realizó previa autorización del jefe del servicio y se tuvo en cuenta el número de procedimientos quirúrgicos realizados en un mes. Se determinó la muestra según criterio de inclusión y exclusión determinados, y aplicó una Guía de Observación, basada en la LVSC, que permitió reflejar in situ, el cumplimiento o no, de la aplicación de la LVSC, pues como sabemos, la aplicación de la misma, es un proceso dinámico de preguntas y respuestas, por parte de la enfermera especialista que realiza la función de CIRCULANTE quién es la responsable de las preguntas de forma clara y oportuna, según lo establecido en las pautas generales para su ejecución, así como se observó el cumplimiento o no del resto del equipo quirúrgico, al emitir las respuestas de forma oportuna durante la aplicación de la LVSC.

La Guía de Observación, tomó en cuenta las fases de la LVSC, utilizando la Escala de Estimación (cumple y no cumple) que se aplicó en el contexto de la Observación, donde el investigador, observó el grado de conducta del observado.

Así pues, se consideró “si cumple” cuando la enfermera que realizó la función de circulante durante el procedimiento quirúrgico, realizó de forma correcta y en el momento indicado la pregunta correspondiente a la fase en que se encuentre la aplicación de la LVSC, y al mismo tiempo se dio “si cumple”, si el miembro del equipo de profesional quirúrgico realizó la respuesta a la pregunta. Se consideró “no cumple”, si el responsable de la ejecución, omitió la ficha o alguno de sus ítems, pasando las fases sin cumplirse y prosiguieron con sus actividades.

### **3.6 Método de análisis de datos**

Para procesar los datos, se realizó mediante el Programa Estadístico SPSS; para analizar los datos mediante métodos estadísticos de porcentaje y frecuencias, así mismo se utilizó el análisis univariable para confirmar de esa manera que la LVSC se cumple o no. Todos los resultados están planteados en tablas y gráficos.

### **3.7 Aspectos éticos**

La presente investigación, tuvo presente los siguientes aspectos éticos:

- **Principio de beneficencia:** La presente investigación, buscó a través de sus resultados se puedan identificar puntos de quiebre, durante la ejecución de la LVCS, con la finalidad de reforzar la importancia de su correcta ejecución durante los procedimientos quirúrgicos, brindando alternativas de solución y propuestas de mejora.
- **Principio de no maleficencia:** Los resultados de la presente investigación, no causará ningún daño a ningún miembro del equipo quirúrgico, ni a los pacientes, ya que sólo pretende describir la ejecución de la aplicación de la

LVCS, durante los procedimientos quirúrgicos y determinar su cumplimiento.

- **Principio de justicia:** La aplicación del instrumento se realizó a toda la población muestral, considerando en promedio, el número de cirugías realizadas durante un mes, así como, al número de cirugías en promedio donde las enfermeras especialistas, realizan la función de circulantes.
- **Principio de autonomía:** Los datos que obtuvieron, posterior a la aplicación del instrumento, fueron usados solo para fines de la investigación, así como, no se vincularon las respuestas con nombre propio de los participante tanto del equipo quirúrgico, como de los pacientes.

## IV. RESULTADOS

### 4.1. Estadística Descriptiva:

Los resultados se muestran, utilizando la estadística descriptiva, mediante la representación de tablas.

Tabla 2: Cumplimiento según aplicación de la LVSC, por parte del equipo quirúrgico en el Hospital Regional Lambayeque – 2020.

Aplicación de la LVSC	Frecuencia	Porcentaje
No Cumple	3	4,3%
Medianamente Cumple	14	20%
Si Cumple	52	75,7%
Total	69	100%

Fuente: elaboración propia

#### Interpretación:

En la tabla y/o figura 1; se observa que, el 75,7% de la muestra de estudio indica que, si cumple con la aplicación de la LVSC, en todas sus fases del *check list*, por parte del equipo quirúrgico en el Hospital Regional Lambayeque – 2020. Por otro lado, el 20% cumple medianamente y el 4,3% no cumple.

Tabla 3: Cumplimiento según aplicación de la LVSC en la Fase de entrada, por parte del equipo quirúrgico en el Hospital Regional Lambayeque – 2020.

Aplicación de la LVSC	Frecuencia	Porcentaje
No Cumple	5	7,1%
Medianamente Cumple	0	0,0%
Si Cumple	64	92,9%
Total	69	100%

Fuente: elaboración propia

#### Interpretación:

En la tabla y/o figura 2; se observa que, el 92,9% de la muestra de estudio indica que, si cumple en la Fase de entrada de la aplicación de la LVSC, por parte del

equipo quirúrgico en el Hospital Regional Lambayeque – 2020. Por otro lado, y el 7,1% no cumple.

Tabla 4: Cumplimiento según aplicación de la LVSC en la Pausa Quirúrgica, por parte del equipo quirúrgico en el Hospital Regional Lambayeque – 2020

Aplicación de la LVSC	Frecuencia	Porcentaje
No Cumple	13	18,6%
Medianamente Cumple	14	20%
Si Cumple	42	61,4%
Total	69	100%

Fuente: elaboración propia

### Interpretación

En la tabla y/o figura 3; se observa que, el 61,4% de la muestra de estudio indica que, si cumple en la Pausa Quirúrgica de la aplicación de la LVSC, por parte del equipo quirúrgico en el Hospital Regional Lambayeque – 2020. Por otro lado, 20% cumple medianamente y el 18,6% no cumple.

Tabla 5: Cumplimiento según aplicación de la LVSC, en la Fase de salida, por parte del equipo quirúrgico en el Hospital Regional Lambayeque – 2020.

Aplicación de la LVSC	Frecuencia	Porcentaje
No Cumple	14	20%
Medianamente Cumple	49	70%
Si Cumple	6	10%
Total	69	100%

Fuente: elaboración propia

### Interpretación:

En la tabla y/o figura 4; se observa que, el 10% de la muestra de estudio indica que, si cumple en la Fase de salida de la aplicación de la LVSC, por parte del equipo quirúrgico en el Hospital Regional Lambayeque – 2020. Por otro lado, 70% cumple medianamente y el 20% no cumple.

## V. DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación, titulado “aplicación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía del equipo quirúrgico del HRL, Agosto 2020; la misma que busca determinar, el cumplimiento según la aplicación de la LVSC, por parte del equipo quirúrgico. La investigación se encuentra basada en una guía de observación, que fue aplicada durante los procedimientos quirúrgicos, observando si cumple o no a la responsable de la aplicación de la LVSC en el HRL y al resto del equipo quirúrgico que participa del procedimiento, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

En concordancia a la hipótesis planteada, se comprueba que el equipo quirúrgico no cumple con la aplicación de LVSC, porque no se realiza de forma correcta la aplicación del *check list*, en el 100 % de los procedimientos quirúrgicos realizados, dado que, en la tabla 2, refleja que del total de aplicaciones observadas, sólo el 75.7% si cumple con la aplicación de la LVSC, que a pesar de ser un porcentaje mayor, no refleja el 100 % de las mismas, situación que causa preocupación y alarma, pues la LVSC, fue diseñada como una herramienta bastante efectiva y útil para garantizar la seguridad de las cirugías y de los pacientes en general, que engloba a todas las actividades, procesos, metodologías, pasos secuenciados y protocolos respaldados con un fundamento científico que se estipulan como tal con la finalidad de disminuir el riesgo de producirse algún evento adverso durante la atención directa y por lo tanto reducir el riesgo de daño posible, tratando así de que dicha atención se brinde con calidad y seguridad (Gómez, Soto, 2011), y por lo tanto disminuir el número de casos complicados y decesos que podrían evitarse (OMS, 2009), pues fue creada en base a la problemática mundial donde 1 de cada 10 pacientes sufre algún daño evitable durante la estancia en los quirófanos (OMS, 2004). Así mismo refleja el trabajo conjunto y fomenta la comunicación veraz de la información correcta del paciente, entre el equipo quirúrgico multidisciplinario. El no contar con el 100% de las aplicaciones, nos evidencia que existe un 24.3% de procedimientos quirúrgicos, que han sido inseguros y con riesgo a daños y

complicaciones evitables, pues han cumplido medianamente con la aplicación o no han cumplido con la misma.

Así mismo es importante precisar que, la LVSC contempla 3 fases establecidas según objetivos evaluables, a lo largo de la duración del procedimiento, fase de entrada, pausa quirúrgica y fase de salida, las 3 fases en conjunto nos garantizan haber tenido un procedimiento seguro, pero es importante, medir el cumplimiento por separado, con la finalidad, de evidenciar falencias y dificultades, que puedan interferir en la correcta verificación de la seguridad del paciente, y para fines de la presente investigación, encaminar las propuestas de mejora.

Así pues se obtuvo que, durante la fase de entrada, fase que interviene la Circulante (responsable de la aplicación) y Anestesiólogo, donde pretende identificar datos personales del paciente, y su condición de salud en general que podría interferir en el procedimiento de la anestesia, se encontró que, en su mayoría cumplen con aplicar la primera fase, como se refleja en la tabla 3, donde en un 92.9% de los procedimientos observados, se ha cumplido con la aplicación, iniciando así de forma correcta la identificación de posibles eventos adversos que se podrían prevenir y dar las alternativas de compensarlos, y en un porcentaje menor pero significativo, tratándose de vidas humanas, un 7.1% no cumplió con ello, brindando así una base de información para continuar posteriormente identificando las posibles causas del incumplimiento.

En la revisión del cumplimiento de la segunda fase – pausa quirúrgica, fase en la que interviene todo el equipo quirúrgico, es decir la circulante realiza las preguntas correspondientes y cada uno de los miembros debe realizar las respuestas de forma ordenada, lo importante es que debe realizarse antes de iniciar con la incisión quirúrgica, según los resultados obtenidos en la muestra, tenemos que sólo el 61.4% ha realizado la aplicación de la lista en la segunda parte, significando que antes de dar inicio a la cirugía propiamente dicha, donde debemos asegurar por segunda vez los datos específicos tanto del paciente como detalles del procedimiento a realizar e identificar algunas complicaciones del mismo, un 38% no lo realizó, significando así que, no se mantiene la aplicación de la lista en la pausa quirúrgica, en relación al porcentaje de la aplicación de la fase de entrada, situación que alarma al investigador, pues la mayoría de

complicaciones evitables, se han podido determinar en esta etapa, tales como, lugar de incisión, sitio quirúrgico, entre otros (OMS, 2009).

Durante la fase de salida, última fase de la lista de verificación, se evidencia que solo el 7% de la muestra, aplica y cumple con esta última parte, y el 70% cumple medianamente con la aplicación, eso significa que no en todas las aplicaciones se termina la lista, y se dejan de lado la confirmación de las actividades realizadas y proyección el manejo post operatorio del paciente, encaminando su recuperación.



## VI. CONCLUSIONES

Las conclusiones que se determinan de la presente investigación realizada, son las siguientes:

1. El cumplimiento de la listas de verificación de seguridad de la cirugía, no se realiza en el 100% de los procedimientos quirúrgicos realizados en el centro quirúrgico del Hospital Regional Lambayeque.
2. A pesar de tener un 75.5 % de aplicaciones en función a toda la lista de verificación, existe un 23.5% de cirugías en donde se cumple medianamente dejando desprotegidos y con el riesgo de sufrir cualquier riesgo prevenible, antes de dar inicio a la cirugía y reducir el riesgo de muerte.
3. Según las fases de la lista de verificación de seguridad de la cirugía, 92.9 % de cumplimiento en la primera fase de ejecución FASE DE ENTRADA, situación que permite la identificación de datos importantes de los pacientes al ingreso al quirófano, antes de dar inicio al procedimiento de anestesia. Situación que casusa asombro, pues no tiene relación con las ejecuciones de las siguientes fases, y que debieron ser continuadas, para seguir garantizando la seguridad del paciente a lo largo del procedimiento.
4. Durante la fase de salida, sucede lo inverso a la fase e entrada, sólo un 10% de las aplicaciones se realizan de forma correcta y 90 % medianamente cumple y no cumple con la aplicación,
5. Las variantes en los resultados de la aplicación de las fases, reflejan que, existe desconocimiento sobre la importancia de la aplicación oportuna y responsable de la LVSC, y que cada una de sus fases, fueron diseñadas para la prevención de eventos de riesgo prevenibles, así como demuestra, falta de compromiso con los acuerdos y disposiciones que brinda la institución con la finalidad de encaminar las actividades asistenciales de los trabajadores.
6. Se podrían aprovechar los instrumentos aplicados, con la finalidad de identificar, que grupo ocupacional incumple con mayor frecuencia en la aplicación y cuales serías las posibles causas de que llevan a la omisión de la ejecución de la lista.

## VII. RECOMENDACIONES

Según los resultados evidenciados durante el trabajo de investigación se plantearon las siguientes recomendaciones:

- Se recomienda al servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico, continuar con los trabajos de investigación sobre el tema, con la finalidad de enriquecer los resultados y obtener mayor material informativo, que permita dirigir acciones, encaminadas a la mejora continua y a la superación de obstáculos que impidan la aplicación de la LVSC.
- Se recomienda al área de investigación del HRL, socializar los presentes resultados estadísticos, con el personal del servicio de Centro Quirúrgico, para que sean conocedores y puedan identificar, las posibles causas del incumplimiento.
- Debido a que es el personal de enfermería especialista en centro quirúrgico, que cumple funciones de circulación, son los responsables de la aplicación de la LVSC, se recomienda a la jefatura del servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico, como parte del EQUIPO CONDUCTOR, promover el liderazgo, como parte del equipo quirúrgico, mediante capacitaciones continuas, sobre el tema de LVSC, a todo el equipo quirúrgico, permitiendo la participación como equipo multidisciplinario.
- Se recomienda, realizar las coordinaciones con las instancias respetivas: Área de Calidad y el Equipo Conductor, la programación de equipos de supervisión continua, que permitan llevar un control permanente de la aplicación de la LVSC, en la gran mayoría de los procedimientos quirúrgicos.

## REFERENCIAS

- Díaz, S. (2019). Cumplimiento del Compromiso de Mejora Cirugía Segura en la Calidad en la Calidad de Atención en salud en el hospital Belén Lambayeque. (tesis de maestría) Universidad Cesar Vallejo. Lambayeque – Perú.
- Garjón ParraJ, Gorricho Mendivil J. (2010). Seguridad del Paciente: cuidado con los errores de medicación. 08/08/2019, de Boletín de Información Farmacoterapeutica de Navarra. Recuperado de: [https://es.wikipedia.org/wiki/Seguridad\\_del\\_paciente](https://es.wikipedia.org/wiki/Seguridad_del_paciente).
- Garjón ParraJ, Gorricho Mendivil J. (2010). Seguridad del Paciente: cuidado con los errores de medicación. 08/08/2019, de Boletín de Información Farmacoterapeutica de Navarra. Recuperado de: [https://es.wikipedia.org/wiki/Seguridad\\_del\\_paciente](https://es.wikipedia.org/wiki/Seguridad_del_paciente).
- Gómez, O., Soto, A., Arenas, A., Garzón, J., Gonzales, A., Mateus, E. (2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. 09/10/2019, de Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería Sitio web: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35831/37099>
- Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, L. (2010), Metodología de la investigación, México, Mc Graw Hill, 5ta edición, pág. 4,148 y 154.
- Hernández, R.; Fernández, C.; & Baptista. L. (2014), Metodología de la investigación, México, Mc Graw Hill, 6xta edición libro digital en internet pág.105, recuperado el día 31 de mayo del 2018, disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hernández, R.; Zapata, N.; & Mendoza, C. ( 2017), Metodología de la investigación para bachillerato, en internet ,acceso ( Julio 30 ,2018) ,disponible en : [https://www.esup.edu.pe/descargas/valotario\\_coem/2017/1%20Hernandez- Zapata%20y%20Mendoza-Metodologia%20Investigacion.pdf](https://www.esup.edu.pe/descargas/valotario_coem/2017/1%20Hernandez- Zapata%20y%20Mendoza-Metodologia%20Investigacion.pdf)

Hernández, S.; Fernández, C. y Baptista L. (2010). Metodología de la Investigación. Mexico: McGraw-Hill.

Hurtado J.J. (2012). Aceptación de la Lista de Verificación para una Cirugía Segura entre el personal de cirugía (trabajo de investigación) Universidad Nacional de Guatemala. 2012.

Hurtado J.J. (2012). Aceptación de la Lista de Verificación para una Cirugía Segura entre el personal de cirugía (trabajo de investigación) Universidad Nacional de Guatemala. 2012.

Irigoin, L. & Lozada, Y. (2017), conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico de sala de operaciones. Hospital regional docente las Mercedes. Chiclayo, 2017, tesis para optar el título de especialista en: centro quirúrgico, acceso (Junio 30 ,2018), disponible en: <http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/1962/BC-TES-TMP-817.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lázaro, R (2017), conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura en relación a su aplicación por el profesional de enfermería del centro quirúrgico de la clínica Limatambo, tesis para optar el título de segunda especialidad en enfermería en centro quirúrgico, acceso (Febrero 19 ,2018 ), disponible en : <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1929>

Marroquín R. (2013), Confiabilidad y Validez de Instrumentos de investigación, acceso el 31 de julio del 2018, recuperado de: <http://www.une.edu.pe/Titulacion/2013/exposicion/SESSION-4Confiabilidad%20y%20Validez%20de%20Instrumentos%20de%20investigacion.pdf>

Martínez H Y Benítez L (2016), Metodología de la investigación social, libros digitales pag.13, acceso (Mayo 23 ,2018) , disponible en: [http://dgep.uas.edu.mx/librosdigitales/3er\\_SEMESTRE/26\\_Metodologia\\_de\\_la\\_investigacion\\_social\\_I.pdf](http://dgep.uas.edu.mx/librosdigitales/3er_SEMESTRE/26_Metodologia_de_la_investigacion_social_I.pdf)

Martinez, J. (2012). Alianza mundial para la seguridad del paciente Campaña “Cirugía Segura Salva Vidas”. 09/08/2019, de USAL Miembro Expert Group OMS – WAPS. Recuperado de: [https://www.anestesia.org.ar/search/articulos\\_completos/1/1/1433/c.pdf](https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/1433/c.pdf)

Ministerio de salud, Manual de instrucciones para el uso de la lista de chequeo de cirugía segura, (2009), acceso (Mayo 30,2018) , disponible en: [https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2009/dia\\_mundial\\_salud/archivos/otros/Manual\\_Uso\\_Lista\\_Chequeo\\_CirugiaSegura.pdf](https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2009/dia_mundial_salud/archivos/otros/Manual_Uso_Lista_Chequeo_CirugiaSegura.pdf)

Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad de España (2016), Programa de cirugía segura del sistema nacional de salud, acceso (Marzo 12, 2018, disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/seguridad-bloque-quirurgico/Protocolo-Proyecto-Cirugia-Segura.pdf>

Minsa (2010) Campaña por la Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente “Cirugía Segura Salva Vidas”, acceso (Mayo 29,2018 disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/calidad/observatorio/documentos/seg\\_pac/Cirugia\\_Segura.pdf](http://www.minsa.gob.pe/calidad/observatorio/documentos/seg_pac/Cirugia_Segura.pdf).

Minsa, (2010), Campaña por la Calidad de la atención y seguridad del paciente “Cirugía Segura Salva Vidas”, acceso (Marzo 12, 2018), disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/calidad\\_salud/archivos/cirugia\\_segura.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/calidad_salud/archivos/cirugia_segura.pdf)

Minsa, (2016), Documento Técnico lineamientos para la Vigilancia, Prevención, y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, acceso (Mayo 30,2018), disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3802.pdf>.

MINSAs. (2008). Resolución Ministerial N° 533-2008/MINSAs. 09/08/2019, de MINSAs.  
Recuperado de:  
[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/276597/247879\\_RM533-2008.pdf20190110-18386-152s6od.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/276597/247879_RM533-2008.pdf20190110-18386-152s6od.pdf)

MINSAs. (2010). Resolución Ministerial N° 1021 – 2010/MINSAs. 09/08/2019, de MINSAs.  
Recuperado de:  
[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/273335/244453\\_RMN1021-2010-MINSAs\\_A\\_.pdf20190110-18386-1d8ec2b.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/273335/244453_RMN1021-2010-MINSAs_A_.pdf20190110-18386-1d8ec2b.pdf)

Moreta D, (2015), Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo en marzo del año 2015 mediante una encuesta directa, acceso (Febrero 20,2018 ), disponible en:  
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4753/1/T-UCe-0006-131.pdf>

OMS Consejo Ejecutivo. (2001). Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. 09/08/2019, de OMS. Recuperado de:  
<http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>

OMS. (2008). Lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, Manual de Aplicación. Francia: OMS.

OMS. (2009). Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. 09/08/2019, de Arch Argent Pediatr. Recuperado de:  
<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2009/v107n5a01.pdf>

OMS. (2010). Seguridad del Paciente. 09/08/2019, de OMS. Recuperado Sitio web:  
[https://www.who.int/topics/patient\\_safety/es/](https://www.who.int/topics/patient_safety/es/)

Organización mundial de la salud, Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009, la cirugía segura salva vidas, acceso (Mayo 28, 2018) disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598\\_spa.pdf;jsessionid=A557ED66F661A5A7BD98F30897330132?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa.pdf;jsessionid=A557ED66F661A5A7BD98F30897330132?sequence=1)

Perez, Q. (2014). Percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad y aplicación de la lista de verificación para una cirugía cardiovascular segura en el servicio de centro quirúrgico del Instituto Nacional del Corazón de EsSalud – 2014. (tesis de postgrado) Universidad Mayor de San Marcos. Lima – Perú.

Revista Enfermería en Cardiología N.º 58-59 / 1 y 2.(2013) ,Aplicación de los principios éticos a la metodología de la investigación, acceso el día 19 de mayo del 2018 ,disponible en : [https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/58\\_59\\_02.pdf](https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/58_59_02.pdf)

Rodriguez, H. (2016). Descripción de la Aplicación de la Lista de Verificación Quirúrgica en el Servicio de Cirugía del Hospital Privado de Cordova Argentina durante el Periodo de Agosto 2014 – Diciembre 2015 (tesis de maestría) Universidad Nacional de Cordova, Argentina.

Rodriguez, H. (2016). Descripción de la Aplicación de la Lista de Verificación Quirúrgica en el Servicio de Cirugía del Hospital Privado de Cordova Argentina durante el Periodo de Agosto 2014 – Diciembre 2015 (tesis de maestría) Universidad Nacional de Cordova, Argentina.

Rodríguez, H.,(2015) ,Descripción de la aplicación de la lista de verificación quirúrgica en el servicio de cirugía del hospital privado de Córdoba -Argentina durante el periodo de agosto 2014-diciembre 2015 ,tesis de grado ,acceso (Mayo 29, 2018), disponible en: [http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/rodriguez\\_heidi\\_veronica.pdf](http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/rodriguez_heidi_veronica.pdf)

Sánchez, A., et al, (2016) Listado de verificación quirúrgica: buscando la implicación de profesionales y pacientes, en revista de actualidad médica, acceso (Marzo 4, 2018) disponible en: <http://www.actualidadmedica.es/archivo/2016/798/or03.html>

Sescam (2013), Manual de instrucciones para el uso del listado de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS, acceso (Julio 30,2018) , disponible en: [http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/cursos/manual\\_de\\_uso\\_listado\\_verificacion\\_quirurgica-jun13.pdf](http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/cursos/manual_de_uso_listado_verificacion_quirurgica-jun13.pdf)

Solor , A (2015) ,El Check List como herramienta para el desarrollo de la seguridad al paciente quirúrgico, Revista cubana de Anestesiología y reanimación vol.14 no.1 ,acceso (Febrero 20, 2018), disponible en : [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-67182015000100006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182015000100006).

Torres, A. (2016), Cumplimiento de lista de verificación de cirugía segura en el Servicio del centro quirúrgico del hospital Daniel Alcides Carrión - Huancayo, agosto 2016, tesis para optar el título de especialista en centros quirúrgicos, recuperado (Febrero 21, 2018) disponible en <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2888>.

Torres, A. (2016). Cumplimiento de Lista de Verificación de Cirugía Segura Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión – Huancayo – 2016. (Tesis de postgrado) Universidad San Martín de Porres. Huancayo – Perú.



**ANEXOS**

**Anexo 1. Matriz de operacionalización de variables.**

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítem	Escala	Rango	Instrumento
Cumplimiento de la LVSC.	Es la realización correcta de la LVSC, basada en el compromiso y responsabilidad que implica cumplir con una herramienta que ayudará en la prevención de errores quirúrgicos evitables y con ellos garantizar procedimientos quirúrgicos seguros, y de calidad en beneficio de nuestros usuarios internos y externos.	Fase de entrada de la LVSC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento de la LVSC – fase de entrada.</li> </ul>	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14.	Cumple (1) No Cumple (0)	Según número total de aplicaciones observables	Guía de observación
		Pausa quirúrgica de la LVSC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento de la LVSC – pausa quirúrgica.</li> </ul>	1, 2, 3, 4, 5, 6		No cumple. (0 – 9)	
		Fase de salida de la LVSC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento de la LVSC – fase de salida.</li> </ul>	1, 2, 3, 4, 5, 6		Medianamente cumple (10 – 18)	

**Anexo 2: Instrumento de recolección de datos - Guía de observación (basada en la LVSC, propuesta por la OMS)**

**Título de la Investigación:** Aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía del equipo quirúrgico del HRL, Julio – Agosto.

**Objetivo General:** Determinar el cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de la seguridad para la cirugía, según fases del *check list*, por parte del equipo del HRL.

**Objetivo Específico:**

- Identificar el cumplimiento según aplicación de la LVSC en la Fase de entrada, por parte del equipo quirúrgico en el Hospital Regional Lambayeque – 2020
- Identificar el cumplimiento según aplicación de la LVSC en la Pausa Quirúrgica del, por parte del equipo quirúrgico en el Hospital Regional Lambayeque – 2020
- Identificar el cumplimiento según aplicación de la LVSC en la Fase de salida del, por parte del equipo quirúrgico en el Hospital Regional Lambayeque – 2020

**Instrucciones:**

El investigador debe, determinar el tipo de cirugía al iniciar con la guía de observación, así como determinar los integrantes del equipo quirúrgico que forma parte del procedimiento quirúrgico donde aplicará el instrumento de recolección de datos.

Guiará la recolección de datos, observando el cumplimiento de la aplicación de la LVSC que realizará la enfermera especialista que cumple función de CIRCULANTE en el procedimiento quirúrgico y las respuestas por parte del resto del equipo quirúrgico.

Tipo de cirugía: Electiva ( ) Emergencia ( )

Anestesiólogo ( ) Cirujano ( ) Instrumentista I ( ) Circulante ( )

REGISTRO DE ENTRADA (ANTES DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA ANESTESIA)	CUMPLE							
	COORDINAD		ANESTESIO		INSTRUMENT		CIRUJANO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1 Con el enfermero y anestesiólogo como mínimo: Ha confirmado el paciente su identidad, sitio quirúrgico, consentimiento.								
2 Se ha demarcado el sitio quirúrgico.								
3 Se ha completado la revisión de la seguridad de la anestesia.								
4 Revisión de máquinas, monitores y oxígeno en funcionamiento.								

4 Equipo de anestesia general, completo y listo para su uso.								
6 Pulsioxímetro colocado en el paciente y funcionando.								
7 Se sabe si el paciente tiene alergia conocida.								
8 ¿Vía aérea difícil?								
9 ¿Riesgo de aspiración?								
10 Hay instrumental y equipos listos para su uso.								
11 ¿Hay ayuda disponible?								
12 Riesgo de hemorragia más de 500 ml. de sangre en adultos.								
13 Riesgo de hemorragia más de 7 ml / kg en niños.								
14 Se ha previsto la disponibilidad de líquidos adecuados (sanguíneo y dos vías IV o vía central).								

PAUSA QUIRÚRGICA (ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA) Con la Enfermera ,anestesiólogo y el Cirujano	CUMPLE							
	COORDINAD		ANESTESIO		INSTRUMENT		CIRUJANO	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1 Confirma que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función								
2 Cirujanos, Anestesiólogo y enfermera confirman verbalmente: Identidad del Paciente, Sitio Quirúrgico, Procedimiento								
3 Prevención de eventos críticos Cirujano revisa: ¿Cuáles son las etapas críticas y eventos inesperados?, ¿Duración de la operación? , ¿Pérdida de sangre prevista? ?								
4 El equipo de Anestesia revisa: ¿Si el paciente presenta algún problema específico?								
5 Equipo de enfermería revisa: Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de sus indicadores), ¿Existe dudas o problemas relacionados con: Ropa quirúrgica, El instrumental, Los equipos.								
6 ¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?								
7 Pueden visualizarse las imágenes diagnosticas esenciales								

<b>SALIDA QUIRÚRGICA</b> <b>(ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA</b> <b>DEL QUIRÓFANO)</b> <b>(Con el Enfermero, anesthesiólogo y</b> <b>Cirujano) REGISTRO DE SALIDA</b>	<b>CUMPLE</b>							
	<b>COORDINAD</b>		<b>ANESTESIO</b>		<b>INSTRUMENT</b>		<b>CIRUJANO</b>	
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>1 Enfermera confirma verbalmente con el Equipo: Nombre del procedimiento realizado</b>								
<b>2 Que los recurrentes de instrumentos, gases y agujas son correctos</b>								
<b>3 El etiquetado de las muestras (en voz alta, incluido el nombre del paciente)</b>								
<b>4 Si hay problemas que resolver con el instrumental y los equipos</b>								
<b>5 El cirujano, el anesthesiólogo y el enfermero revisan: ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación, el tratamiento y manejo posterior del paciente y cuidados de enfermería?</b>								
<b>6 Médico en URPA</b>								
<b>FIRMAS COMPLETAS</b>								
<b>CIRUJANO</b>								
<b>ANESTESIOLOGO</b>								
<b>INSTRUMENTISTA</b>								
<b>CIRCULANTE/COORDINADORA</b>								

**Anexo 3: Validez y confiabilidad De Lista De Verificación De Seguridad De La Cirugía del equipo quirúrgico del HRL**

**Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,905	26

Dimensiones	Correlación elemento-	
	total	Alfa de Cronbach
E1	,751	,898
E2	,746	,898
E3	,863	,898
E4	,741	,898
E5	,777	,898
E6	,772	,898
E7	,751	,898
E8	,723	,898
E9	,728	,898
E10	,751	,898
E11	,749	,898
E12	,755	,898
E13	,702	,898
E14	,454	,908
<hr/>		
PQ1	,364	,906
PQ2	,465	,903
PQ3	,475	,902
PQ4	,555	,900
PQ5	,503	,901
PQ6	,449	,904
<hr/>		
S1	,528	,901
S2	,342	,907
S3	,462	,918
S4	,565	,908
S5	,621	,906
S6	,528	,901

**ANOVA**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-personas	58,192	69	,843		

Intra-personas	Inter-elementos	126,943	25	5,078	63,252	,000
	Residual	138,480	1725	,080		
	Total	265,423	1750	,152		
Total		323,615	1819	,178		

---

Fuente: Elaboración propia

El instrumento es válido ( $r > 0,30$ ;  $p < 0,1$ ) y confiable ( $\alpha > 0,80$ )

### Anexo 4. Lista de Verificación de seguridad para la cirugía



GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE | GERENCIA REGIONAL DE SALUD

### LISTA DE VERIFICACIÓN: SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA



Hospital Regional LAMBAYEQUE

Paciente:

E:                      HC:

Fecha: / /

Hora:

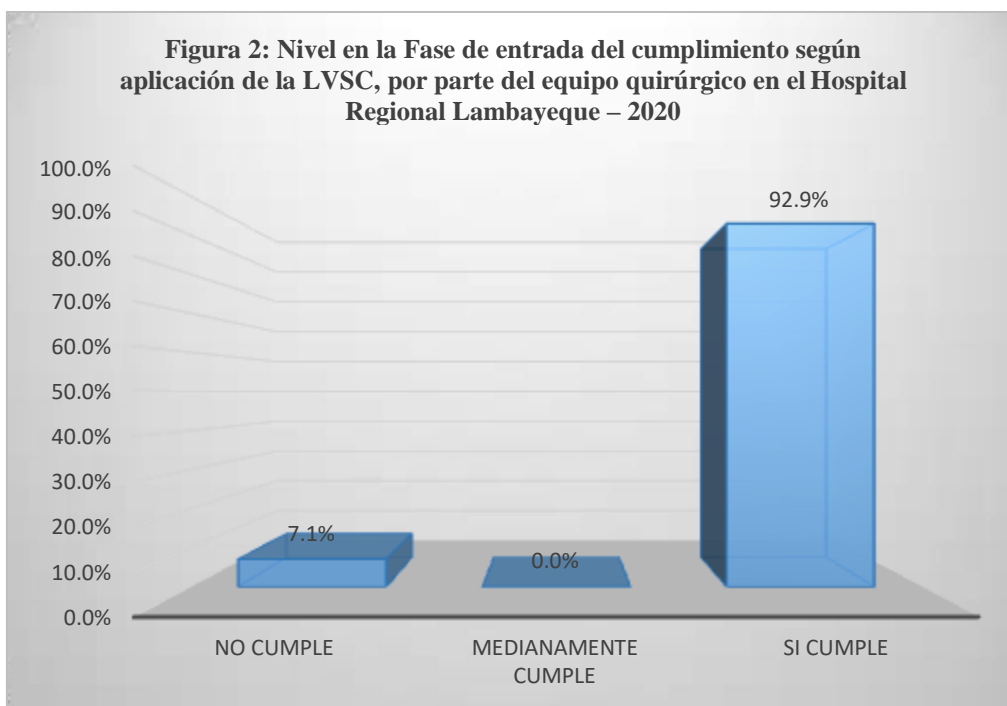
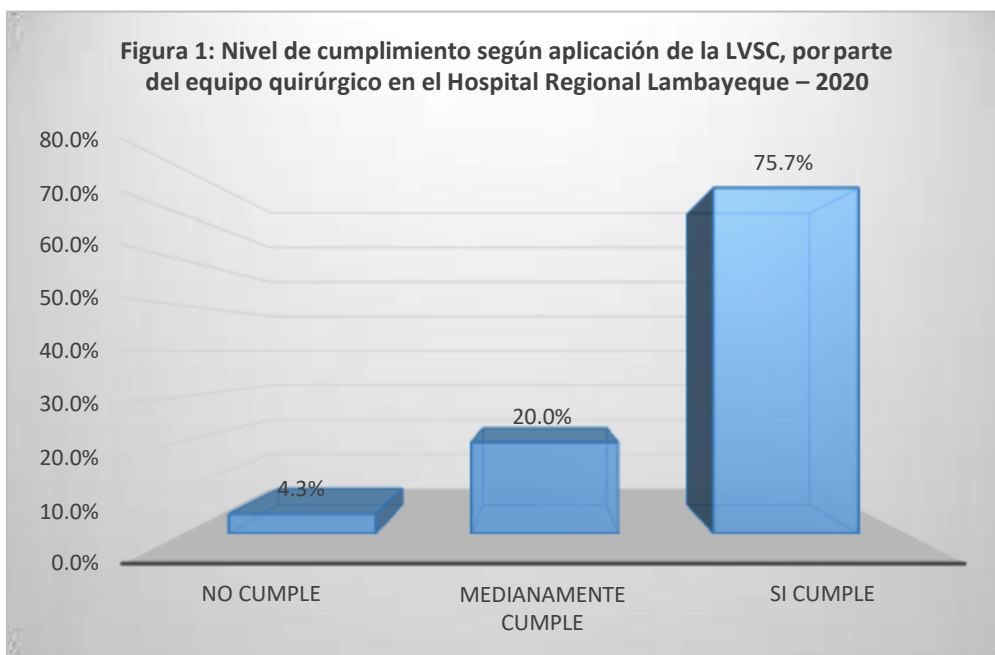
<b>ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA</b> (con el Anestesiólogo y enfermera circulante como mínimo) <b>(REGISTRO DE ENTRADA)</b>	<b>ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA</b> (Con el anestesiólogo, enfermero circulante, y cirujano) <b>(PAUSA QUIRÚRGICA)</b>	<b>ANTES QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIROFANO</b> (Con el anestesiólogo, enfermero circulante, y cirujano) <b>(REGISTRO DE SALIDA)</b>
<input type="checkbox"/> Ha confirmado el paciente • Su Identidad • Sitio quirúrgico • Procedimiento a realizar • Consentimiento informado	<input type="checkbox"/> Confirme que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función.	Enfermera confirma verbalmente con el Equipo El nombre del procedimiento realizado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Que los recurrentes del instrumentos gasas y agujas son correctas Si <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>
¿Se ha marcado la zona a ser operada? Si <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cirujanos, anestesiólogo y enfermera confirman verbalmente: Identidad del paciente Sitio quirúrgico Procedimiento	El etiquetado de las muestras (en voz alta, incluido el nombre del paciente) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos Si <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>
Se ha completado la revisión de seguridad de la anestesia. <input type="checkbox"/> Revisión de máquina, monitores y oxígeno en funcionamiento Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Equipo de anestesia general, completo y listo para su uso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<b>PREVENCIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS</b> Cirujano revisa: ¿Cuáles son las etapas críticas? <input type="checkbox"/> Inesperados <input type="checkbox"/> Duración de la operación <input type="checkbox"/> pérdida de sangre prevista? <input type="checkbox"/>	El cirujano, anestesiólogo y enfermera revisa. ¿Cuáles son los aspectos crítico de la recuperación, el tratamiento y manejo posterior del paciente, y cuidados de enfermería? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Médico anestesiólogo en UCPA Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pulsioxímetro colocado en el paciente y funcionando	El Equipo de anestesia revisa: <input type="checkbox"/> ¿Si el paciente presenta algún problema específico?	<b>CIRUJANO:</b> _____ Firma Nombre
Se sabe si el paciente tiene: ¿Alergia conocida <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No refiere <input type="checkbox"/> Asmático <input type="checkbox"/>	El Equipo de enfermería revisa: <input type="checkbox"/> ¿Se ha confirmado la esterilización (con resultado de los indicadores)? ¿Existen dudas o problemas relacionados con Ropa quirúrgica <input type="checkbox"/> Instrumental <input type="checkbox"/> y Equipos <input type="checkbox"/>	<b>ANESTESIÓLOGO:</b> _____ Firma Nombre
¿Vía aérea difícil? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	<b>INSTRUMENTISTA:</b> _____ Firma Nombre
¿Riesgo de aspiración? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Puede visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	<b>ENF./TEC. ENF. CIRCULANTE:</b> _____ Firma Nombre (COORDINADORA)
Hay Instrumental y Equipos listo para su uso Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Hay ayuda disponible? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Riesgo de hemorragia mas de 500 ml. de sangre adultos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Riesgo de hemorragia mas de 7 ml. ml. kg en niños? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Se ha previsto la disponibilidad de líquidos adecuados (sanguíneo y dos vías IV O Vía Central) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

### Anexo 5. Matriz de consistencia

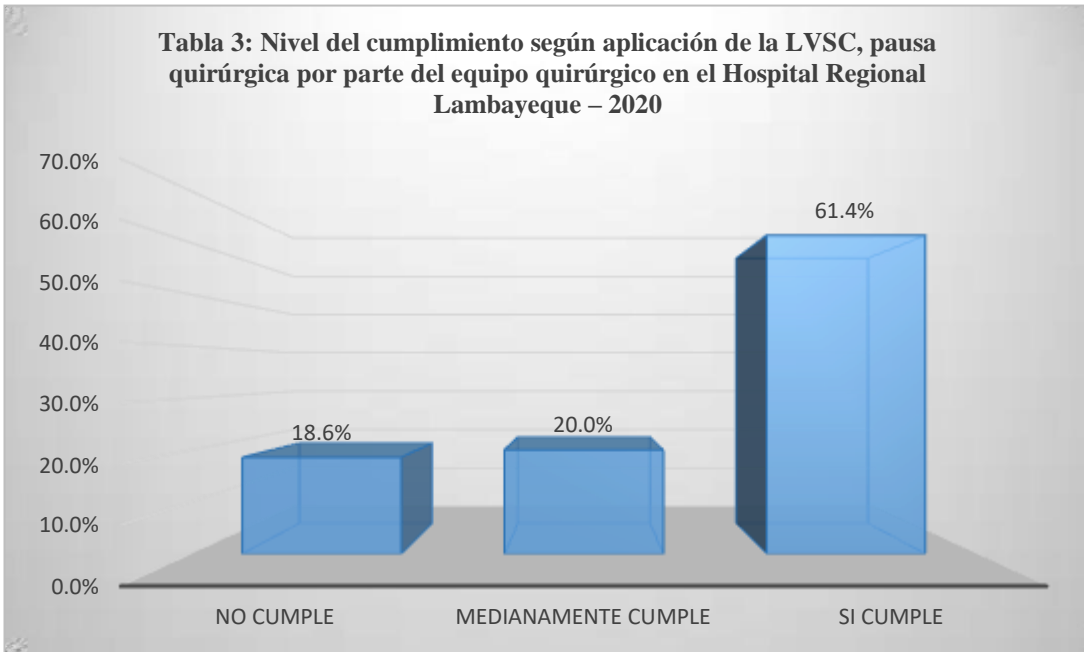
Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Metodología
¿Cuál es el nivel de cumplimiento según la aplicación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía, según las fases del check list, por parte del equipo quirúrgico del Hospital Regional Lambayeque – 2020?	Determinar el cumplimiento según aplicación de la LVSC, según fases del <i>check list</i> , por parte del equipo quirúrgico en el Hospital Regional Lambayeque – 2020.				<b>Enfoque:</b> Cuantitativo.
<p>¿Se realiza de forma correcta aplicación de la LVSC?</p> <p>¿El equipo quirúrgico cuenta con el conocimiento sobre la aplicación correcta de la LVSC?</p> <p>¿Existe interés necesario en la aplicación correcta de la LVSC?</p> <p>¿En qué fase de la aplicación de la LVSC existe mayor equivocación?</p> <p>¿Qué grupo profesional que forma parte del equipo quirúrgico, incumple más en la correcta aplicación de la LVSC?</p>	<p>Identificar el cumplimiento en la Fase de entrada según aplicación de la LVSC, por parte del equipo quirúrgico en el Hospital Regional Lambayeque.</p> <p>Identificar el cumplimiento en la Pausa Quirúrgica según aplicación de la LVSC, por parte del equipo quirúrgico en el Hospital Regional Lambayeque.</p> <p>Identificar el cumplimiento en la Fase de salida según aplicación de la LVSC, por parte del equipo quirúrgico en el Hospital Regional Lambayeque.</p>	<p><b>H<sub>i</sub>:</b> El equipo quirúrgico no cumple con la aplicación de LVSC, porque no realizan de forma correcta la aplicación del <i>check list</i>, en el 100 % de sus procedimientos quirúrgicos realizados..</p>	<p><b>Variable:</b> Cumplimiento de la LVSC</p>	<p>Fase de entrada de la LVSC</p> <p>Pausa quirúrgica de la LVSC</p> <p>Fase de salida de la LVSC</p>	<p><b>Diseño de la Investigación:</b> No experimental de corte transversal. De tipo descriptivo - Propositivo</p> <p><b>Población:</b> centro quirúrgico, que forma parte del equipo quirúrgico del HRL.</p> <p><b>Muestra:</b> Profesional de enfermería asistencial especialista, que cumple función de CIRCULANTE, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.</p> <p><b>Técnicas:</b> Observación.</p> <p><b>Instrumento:</b> Guía de observación.</p>



## Anexo 6: Imágenes de cuadro de barras



**Tabla 3: Nivel del cumplimiento según aplicación de la LVSC, pausa quirúrgica por parte del equipo quirúrgico en el Hospital Regional Lambayeque – 2020**



**Figura 4: Nivel en la Fase de salida del cumplimiento según aplicación de la LVSC, por parte del equipo quirúrgico en el Hospital Regional Lambayeque – 2020**

