

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSGRADO**



**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LA
LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA, POR
EL EQUIPO QUIRÚRGICO, HOSPITAL DE ATENCIÓN
INTEGRAL GENERAL OBRERO N°1, CAJA NACIONAL
DE SALUD, 2021**

POSTULANTE: Lic. Carmen Rosa Gutierrez Villarroel

TUTOR: M.Sc. Dr. Fernando Valle Rojas

**Tesis de Grado presentada para optar al título de Magíster
Scientiarium en Enfermería Médico Quirúrgico**

La Paz - Bolivia

2023

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LA
LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA, POR
EL EQUIPO QUIRÚRGICO, HOSPITAL DE ATENCIÓN
INTEGRAL GENERAL OBRERO Nº1, CAJA
NACIONAL DE SALUD, 2021**

DEDICATORIA

A nuestro Señor, creador, por darme la oportunidad de seguir en su camino en momentos buenos y malos y así con este trabajo poder contribuir en la salud del paciente.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a mis hijas: Ana Rosa y Mary Luz que colaboraron incondicionalmente a realizar este proyecto de tesis.

Gracias a Narda, James y Jonhy que estuvieron presentes en la realización de este trabajo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDO	PÁGINA
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	3
2.1. ANTECEDENTES	3
2.2. JUSTIFICACIÓN	15
III. MARCO TEÓRICO	17
3.1. MARCO CONCEPTUAL	17
3.1.1. SEGURIDAD DEL PACIENTE	17
3.1.2. CIRUGÍA Y TIPOS DE CIRUGÍA	18
3.1.3. CIRUGÍA SEGURA	18
3.1.4. ESTRATEGIA “CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS”	19
3.1.5. OBJETIVOS ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA ...	19
3.1.6. FOMENTO DE UNA CULTURA DE SEGURIDAD.....	20
3.1.7. INTRODUCCIÓN DE LA LISTA EN EL QUIRÓFANO	20
3.1.8. MODIFICACIÓN DE LA LISTA	22
3.1.9. LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA.....	23
3.1.9.1. PROCEDIMIENTO DETALLADO - ENTRADA	24
3.1.9.2. PROCEDIMIENTO DETALLADO - PAUSA QUIRÚRGICA.....	28
3.1.9.3. PROCEDIMIENTO DETALLADO - SALIDA.....	31
3.1.10. ENCUESTAS CAP	33
3.2. MARCO CONTEXTUAL HAIG OBRERO Nº1	33
3.2.1. COMPOSICIÓN DEL ÁREA QUIRÚRGICA.....	34
3.2.2. DEPENDENCIA	36

3.2.3. NIVEL DE ATENCIÓN	36
3.2.4. QUIRÓFANOS DEL HAIG OBRERO Nº1	37
3.2.5. MISIÓN DEL ÁREA QUIRÚRGICA.....	38
3.2.6. VISIÓN DEL ÁREA QUIRÚRGICA	38
3.2.7. ORGANIGRAMA DEL SERVICIO DE QUIRÓFANOS.....	38
3.2.8. FRECUENCIA Y TIPO DE CIRUGÍAS.....	39
IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	40
4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	41
V.- OBJETIVOS	42
5.1. OBJETIVO GENERAL	42
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	42
VI.- DISEÑO METODOLÓGICO	43
6.1. TIPOS DE ESTUDIO	43
6.2. ÁREA DE ESTUDIO	44
6.3 UNIVERSO Y MUESTRA.....	44
6.3.1. UNIVERSO	44
6.3.2. MUESTRA.....	45
6.3.3. MÉTODOS Y TÉCNICAS.....	45
6.3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	45
6.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	45
6.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	45
6.6. LISTADO DE VARIABLES.....	45
6.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	46
6.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	52

6.9. PROCESAMIENTO DE DATOS PARA RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	52
VII.- RESULTADOS.....	54
7.1 CUADRO CONCLUSIVO SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LA LVCS	64
VIII.- DISCUSIÓN.....	65
IX.- CONCLUSIONES.....	69
X.- RECOMENDACIONES	71
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
XII.- ANEXOS	80

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO Nº	PÁGINA
CUADRO Nº1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO Nº	PÁGINA
GRÁFICO Nº 1 SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN DEL ESTUDIO, HAIG OBRERO Nº1 CAJA NACIONAL DE SALUD, LA PAZ, BOLIVIA, 2021	54
GRÁFICO Nº 2 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO, SEGÚN LA ENCUESTA CAP, CONOCIMIENTO FASE ENTRADA, HAIG OBRERO Nº1, CAJA NACIONAL DE SALUD, LA PAZ, BOLIVIA, 2021	55
GRÁFICO Nº 3 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO, SEGÚN LA ENCUESTA CAP, CONOCIMIENTO FASE PAUSA, HAIG OBRERO Nº1, CAJA NACIONAL DE SALUD, LA PAZ, BOLIVIA, 2021	56
GRÁFICO Nº 4 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO, SEGÚN LA ENCUESTA CAP, CONOCIMIENTO FASE SALIDA, HAIG OBRERO Nº1, CAJA NACIONAL DE SALUD, LA PAZ, BOLIVIA, 2021	57
GRÁFICO Nº 5 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO, SEGÚN LA ENCUESTA CAP, ACTITUD FASE ENTRADA, HAIG OBRERO Nº1, CAJA NACIONAL DE SALUD, LA PAZ, BOLIVIA, 2021	58
GRÁFICO Nº 6 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO, SEGÚN LA ENCUESTA CAP, ACTITUD FASE PAUSA, HAIG OBRERO Nº1, CAJA NACIONAL DE SALUD, LA PAZ, BOLIVIA, 2021	59
GRÁFICO Nº 7 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO, SEGÚN LA ENCUESTA CAP, ACTITUD FASE SALIDA, HAIG OBRERO Nº1, CAJA NACIONAL DE SALUD, LA PAZ, BOLIVIA, 2021	60
GRÁFICO Nº 8 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO, SEGÚN LA ENCUESTA CAP, PRACTICA FASE ENTRADA, HAIG OBRERO Nº1, CAJA NACIONAL DE SALUD, LA PAZ, BOLIVIA, 2021	61

GRÁFICO N° 9 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO, SEGÚN LA ENCUESTA CAP, PRACTICA FASE PAUSA, HAIG OBRERO N°1, CAJA NACIONAL DE SALUD, LA PAZ, BOLIVIA, 2021 62

GRÁFICO N° 10 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO, SEGÚN LA ENCUESTA CAP, PRACTICA FASE SALIDA, HAIG OBRERO N°1, CAJA NACIONAL DE SALUD, LA PAZ, BOLIVIA, 2021 63

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO N°	PÁGINA
ANEXO N° 1 CARTAS DE PERMISO INSTITUCIONAL.....	80
ANEXO N°2 CONSENTIMIENTO INFORMADO	86
ANEXO N°3 FORMULARIO DE CIRUGÍA SEGURA MODELO 1	87
ANEXO N°4 FORMULARIO DE CIRUGÍA SEGURA MODELO 2	88
ANEXO N°5 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	89
ANEXO N°6 ENCUESTA CAP QUE MIDE (CONOCIMIENTO, ACTITUD, PRÁCTICA) INSTRUMENTO DE ENCUESTA “ENCUESTA CAP”	90
ANEXO N°7 INSTRUMENTO ENCUESTA CAP (CONOCIMIENTO, ACTITUD, PRÁCTICA) MODELO LLENADO CORRECTO.....	96
ANEXO N°8 LISTAS DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA LLENADAS EN QUIRÓFANOS PISO 2, PISO 3, PISO 4 Y PISO 6 EN EL MES DE OCTUBRE (MUESTRA)	102
ANEXO N°9 IMÁGENES DEFICIENCIAS DE INSUMOS Y EQUIPOS.....	107
ANEXO N°10 PROPUESTA A LA INVESTIGACIÓN	110

LISTA DE ACRÓNIMOS

AEEQ: Asociación Española de Enfermería Quirúrgica

AGEMED: Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnología en Salud

ANDE: Asociación Nacional de Directivos de enfermería

ASUSS: Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social a Corto Plazo

CAP: Conocimiento, Actitudes y Prácticas

CNI: Comité Nacional de Inmunización

CNS: Caja Nacional de Salud

EO: Estudios Observacionales

FACME: Asociaciones Científico-Médicas Españolas

FEP: Foro Español de Pacientes

HAIG: Hospital de Atención Integral General

IPS: Instituto de Previsión Social

I.S.S.S.T.E: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

LVCS: Lista de Verificación de Cirugía Segura

LVQ: Lista de Verificación Quirúrgico

MRC: Consejo de Investigación Médica

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de Salud

PAI: Programa Ampliado de Inmunización

POP: Plataforma de Organizaciones de Pacientes

RSC: Responsabilidad Social Corporativa

SECA: Sociedad Española de Calidad Asistencial

SEDISA: La Sociedad Española de Directivos de la Salud

SEFH: Sociedad Española de Farmacéuticos de Hospital

SPSS: Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales

STEPPS: Sistema de Trabajo en Equipo

RESUMEN

La organización mundial de la salud creó la alianza mundial para la seguridad del paciente y publicó “La Cirugía Segura Salva Vidas”, que realiza un protocolo de seguridad, para evitar complicaciones preoperatorias, intraoperatorias y posoperatorias. Investigaciones en hospitales de distintos niveles, mundialmente aplican la Lista de Verificación de Cirugía Segura, identificando problemas en el área quirúrgica, que se toman en cuenta para trabajar al respecto. La presente investigación en el Hospital de Atención Integral General Obrero N°1, tiene como objetivo determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de la lista de verificación de cirugía segura, por el equipo quirúrgico, utilizando los métodos de corte transversal, observacional, descriptivo y cuantitativo. Los resultados obtenidos de las encuestas CAP que miden (Conocimiento Actitud y practica) en el equipo quirúrgico de 87 personas, indica que de las 18 variables, un 50% son respondidas correctamente y 50% incorrectamente, debiendo mejorar en qué fase se debería aplicar, Por tanto, se concluye que el equipo quirúrgico sí tiene un medio conocimiento de la aplicación, es una fortaleza la actitud y disponibilidad, con lo cual se recomienda reuniones periódicas para el equipo quirúrgico en pro de mejorar la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.

Palabras clave: Cirugía segura, conocimientos, actitudes, prácticas, equipo quirúrgico, seguridad, paciente, encuesta CAP.

ABSTRACT

The world health organization created the world alliance for patient safety and published "Safe Surgery Saves Lives", which carries out a safety protocol to avoid preoperative, intraoperative and postoperative complications. Investigations in hospitals of different levels, worldwide apply the Safe Surgery Checklist, identifying problems in the surgical area, which are taken into account to work on it. The present investigation at the Hospital de Atención Integral General Obrero N°1, aims to determine the knowledge, attitudes and practices of the safe surgery checklist, by the surgical team, using cross-sectional, observational, descriptive and quantitative methods. The results obtained from the CAP surveys that measure (Knowledge, Attitude and practice) in the surgical team of 87 people, indicate that of the 18 variables, 50% are answered correctly and 50% incorrectly, and it is necessary to improve in which phase it should be applied. Therefore, it is concluded that the surgical team does have a medium knowledge of the application, the attitude and availability is a strength, with which periodic meetings are recommended for the surgical team in order to improve the application of the surgery checklist. safe.

Keywords: Safe surgery, knowledge, attitudes, practices, surgical team, safety, patient, CAP survey.

I. INTRODUCCIÓN

La cirugía segura es considerada como un conjunto de procedimientos sistematizados que se llevan a cabo en pacientes con finalidades terapéuticas, se le llama cirugía segura salva vidas por ser una estrategia y se lleva a cabo a través de una lista de verificación de cirugía segura (LVCS), para abordar cuestiones de seguridad importantes salvaguardando, en lo posible, la vida de la persona que será intervenida, o evitando daños mayores a los propios del procedimiento. En este sentido, la LVCS es una buena adición para la atención al paciente y su seguridad quirúrgica (1).

En 2004, la organización mundial de la salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente que promueve la sensibilización y el compromiso político, para mejorar la seguridad de la atención y apoyar a los estados miembros en la formación de políticas y prácticas para la seguridad de los pacientes. Es así que, cada dos años se formula un nuevo reto con relación a la seguridad del paciente; el segundo reto mundial es velar por la seguridad del paciente en las prácticas quirúrgicas (2).

En Latinoamérica, países de América del Sur como Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay, Venezuela y países de Centroamérica como Surinam y Guayana, se muestra que, con relación a la LVCS, existe dificultades en su implementación, ya que se menciona el desconocimiento, la escasa y desigual capacitación del protocolo a los distintos equipos de salud involucrados y fueron estos los principales factores que influyen negativamente en la adherencia al protocolo. Al mismo tiempo, se mencionó que la jerarquía de los cirujanos es un factor limitante, mencionando también que los responsables de los equipos de salud juegan un papel importante a la hora de fomentar la participación de todo el equipo implicado (equipo quirúrgico) mejorando la comunicación entre ellos y asegurando el compromiso por unas cirugías más seguras (3).

Así también, en Latinoamérica la LVCS es una herramienta reconocida y necesaria para la seguridad del paciente en quirófanos, ya que mejora el comportamiento del equipo quirúrgico. Sin embargo, también existen estudios que muestran que algunos no la conocen, y algunos no desean practicar con ella, en contraste con los países europeos, que señalan que la LVCS es una herramienta buena y que tuvo buenos resultados en su mayoría.

Por lo tanto, la LVCS es una herramienta útil y debería ser tomada en cuenta e introducida en los hospitales cuidadosamente, de tal forma que pueda ser aplicada especialmente en Latinoamérica.

Aunque en el hospital de atención integral general (HAIG) Obrero N°1 de La Paz, Bolivia se está ejecutando estos lineamientos como indica la OMS/Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, existe una baja capacidad y formación de algún personal y la escasez de recursos financieros o deficiente administración de los mismos y son dificultades que se observan en la práctica quirúrgica, que deben ser tomados en cuenta y referir en LVCS para su respectiva solución. Sin embargo, dicha práctica, de un tiempo a esta parte, se hizo cada vez menos utilizada, y/o el llenado de dicho formulario tiqueado sin el protocolo según los tiempos establecidos (primera fase, segunda fase y tercera fase) establecido. Al mismo tiempo, el equipo quirúrgico ha dejado de ser perseverante en el llenado correcto de LVCS.

Pese a esto, el pronóstico del trabajo de investigación respondiendo a cuál será el conocimiento de la LVCS por parte del equipo quirúrgico HAIG Obrero N°1 Caja Nacional de Salud 2021 es positivo, debido a que el equipo quirúrgico tiene en su mayoría buena disponibilidad y actitud para poder mejorar la práctica. Así también, siendo un hospital de carácter académico y de enseñanza, los profesionales están interesados en la mejora en cuanto a las prácticas de salud se refiere, pese a las adversidades del área.

II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

2.1. ANTECEDENTES

Las investigaciones realizadas a nivel nacional son muy pocas con relación a este tema, ya que es relativamente nuevo. Es así que, se analizó varias tesis y trabajos de investigación.

- Peña N. (Peru 2022), en su tesis “ Lista de verificación de cirugía segura en la previsión de eventos adversos quirúrgicos de un Hospital de Milagro” realizada con el objetivo de determinar la incidencia de la aplicación de lista de verificación de cirugía segura en la previsión de eventos adversos quirúrgicos de un Hospital de Milagro, utilizando un diseño transversal correlacional causal, aplicando una encuesta para conocer la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura e indica que la evidencia estadística rechaza la hipótesis nula y se asume la hipótesis de trabajo, lo cual significa que la aplicación de la lista verificación de cirugía segura incide en la previsión de eventos adversos quirúrgicos de un Hospital de Milagro, es decir que a mayor aplicación de la LVCS mayor prevención de eventos adversos habrá para el paciente en esta área (4).
- Grau M. (España 2017) en su estudio titulado “Utilidad de los listados de verificación quirúrgica: Efecto sobre las relaciones y comunicación en el equipo de trabajo, la morbi-mortalidad y la seguridad del paciente” tuvo como objetivo analizar el efecto de los listados de verificación quirúrgica sobre las relaciones y comunicación en el equipo de trabajo, la morbi-mortalidad secundaria a procedimientos quirúrgicos y la seguridad del paciente. Para la metodología utilizaron las bases de datos Medline, Scopus y otros, cuatro revisiones sistemáticas y meta-análisis y 10 revisiones sistemáticas, los resultados más resaltantes mostraron que la verificación quirúrgica tiene un efecto positivo sobre la seguridad del paciente quirúrgico, logrando un descenso en la tasa de complicaciones, mortalidad e infección

de la herida quirúrgica. Además, esta herramienta también promovía una mayor comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico, concluyendo la importancia de este instrumento, para la mejora de la seguridad del paciente y que es necesario eliminar barreras para conseguir una implementación eficiente que ayude a tener una alta tasa de cumplimiento (5).

- García C. (El salvador 2018) en su estudio denominado “Conocimientos y actitudes y prácticas en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el hospital nacional de Jiquilisco, departamento de Usulután, el Salvador” coadyuvó a valorar los conocimientos, actitudes y prácticas en la aplicación de la LVCS, usando el estudio de tipo CAP (descriptivo) con un universo de 23 personas ocho médicos, nueve enfermeras y seis anestesiólogos. Los resultados obtenidos señalaron que el 56% del personal conoce los momentos de la LVCS, 59% está dispuestos a realizar el llenado de verificación de cirugía segura en sus tres momentos, y el 83% manifestó realizar la práctica que conlleva la lista de verificación cirugía segura en sus tres momentos. Sus conclusiones a las que llegaron fueron que, de los 23 participantes, la mayoría tiene actitud positiva para su aplicación; pero hay un menor número, el cual es significativo y preocupante, que no conoce y no está dispuesto a realizar su aplicación, esto afecta la seguridad de la intervención quirúrgica y pone en riesgo la vida del paciente”. Por lo tanto, se entiende que existen profesionales que no conocen y no están dispuestos a realizar ni aplicar el formulario de cirugía segura y como dice la investigación antes mencionada, esta situación es un riesgo para la vida del paciente quirúrgico. Lo que se desea investigar razones para que estos profesionales actúen de esta manera (6).
- Fuentes L. (Perú 2018) “Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su relación con la aplicación del equipo quirúrgico del hospital Nacional Arzobispo Loayza, tuvo como objetivo: determinar la relación entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su aplicación

- del equipo quirúrgico de sala de operaciones. El método que se utilizó fue hipotético deductivo con un enfoque cuantitativo, de tipo aplicada que tiene un diseño no experimental, de corte transversal con un nivel de investigación descriptivo correlacional trabajando con 42 profesionales que forman parte del equipo quirúrgico mediante un cuestionario para medir el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura, y una guía de observación para obtener información sobre la aplicación de la Lista de verificación, generando así una base de datos en el software Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), para su respectivo análisis estadístico de datos. La investigación llegó a la conclusión general, que existe correlación significativa entre el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su aplicación del equipo quirúrgico de la sala de operaciones, es decir que existe como una relación moderada entre las variables de estudio (7).
- Gillen J. (Perú 2022) “Relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico del Hospital Policial de Arequipa” realizada con el objetivo el objetivo de determinar la relación entre el conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico del Hospital Policial de Arequipa. Métodos: El estudio sigue un diseño relacional, como técnica se aplicó la entrevista y observación directa; los instrumentos fueron, el cuestionario de conocimiento sobre lista de verificación de cirugía segura y la guía de observación y se aplicaron a 23 profesionales con 52 intervenciones quirúrgicas mayores. Resultados: El 60.9% del personal presenta un nivel de conocimiento medio, 34.8% alto y sólo 4.3% bajo; en la aplicación de la LVCS 57.7% fueron eficientes y 42.3% deficientes. Conclusión: El conocimiento que presenta el personal de salud respecto a cirugía segura presenta una relación directa con la aplicación de la lista de verificación (Prueba T de Welch $P < 0.05$) (8).
 - López S. (México 2018) en su tesis “Grado de conocimiento del programa de la organización mundial de la salud de verificación de cirugía segura por

el personal médico quirúrgico del hospital general Boca del Río en México”, con el objetivo de determinar el grado de conocimiento de los Médicos Cirujanos, Anestesiólogos y enfermeras sobre la lista de verificación de la cirugía segura en el Hospital de Alta especialidad de Veracruz es adecuado para su correcta aplicación Metodología. un estudio observacional, transversal descriptivo y prospectivo. En la sala de recuperación se aplicó un cuestionario de 12 preguntas equivalentes a 24 puntos sobre el grado de conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud que permitirán determinar el conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y obtuvieron 12 puntos el grupo de enfermeras los Médicos Anestesiólogos y Cirujanos un total de 14 puntos el grado de conocimiento fue medio de acuerdo a la puntuación. Conclusión. Con el uso de la lista de verificación de cirugía segura (OMS) de la Organización Mundial de la Salud el equipo de Médicos anestesiólogos, cirujanos enfermería mostraron una alta comunicación con los pacientes con obligación de presentarse por su nombre y función, afirma estar de acuerdo con la de la lista de verificación de cirugía segura de la OMS en la institución (9).

De las tesis mencionadas, se concluye que, del equipo quirúrgico existente en distintos nosocomios tanto nacionales como internacionales, hay diversas dificultades para el conocimiento de la cirugía segura, que se podrían resumir en la falta de conocimiento del formulario, poco conocimiento del objetivo y su funcionamiento del formulario, existen barreras culturales que evitan el cumplimiento de la cirugía segura, un bajo compromiso de algunos profesionales en el conocimiento y el cumplimiento de la cirugía segura y, al mismo tiempo, en el 100% de estos estudios se reconoce que la LVCS es una herramienta necesaria para ofrecer una cirugía segura al paciente, que es atendido en el ambiente quirúrgico (perioperatorio).

Dentro de los estudios originales (artículos), estos aportan información novedosa de interés acerca de la LVCS como se menciona a continuación.

- Ariel Ramos, mediante la fundación Dialnet el 2020 en su artículo denominado: "Implementación del listado de verificación preoperatoria de enfermería para cirugía segura" en España que pretende implementar la lista de verificación preoperatoria de enfermería, para disminuir errores en el ingreso de pacientes a quirófanos, utilizando los métodos observacional, exploratorio, longitudinal prospectivo con análisis retrospectivo. Los resultados obtenidos fueron que, en mayo de 2018, se operaron 355 pacientes en los quirófanos centrales. Hubo 183 errores de un total de 158 cirugías programadas. La falla más frecuente fue el ingreso de pacientes con ropa interior o ropa de cama en 59 (32.2%), seguido por falta de gorro o cofia en 22 (12%), e ingreso de pacientes con prótesis dental en 21 (11.5%). En la segunda etapa, aún con la planilla de verificación de enfermería preoperatoria implementada, persistieron los errores en un 48%. Una recomendación fue que se deben promover acciones específicas para los equipos quirúrgicos para que alcancen de forma sistemática las medidas de seguridad, sin poner en riesgo la vida y bienestar de los pacientes quirúrgicos. Este artículo muestra también que, si se realiza un seguimiento estadístico de las faltas o de los errores, se puede ver cuánto hay que trabajar para solucionar la atención al paciente. Es así que, la LVCS es indispensable para lograr objetivos en pro del paciente para una cirugía segura (10).
- María De La Cruz mediante la plataforma SciELO el 2021 en su artículo: "Evaluación del conocimiento de los profesionales sanitarios de quirófano sobre el listado de verificación quirúrgica en el área sanitaria de Ferrol" España, con el objetivo es evaluar los conocimientos de los profesionales de Enfermería, facultativos quirúrgicos y anestesiólogos en la mencionada área sanitaria utilizando métodos de estudio descriptivo transversal realizado en el Bloque Quirúrgico. La recogida de datos se efectuó mediante un cuestionario ad hoc estructurado, junto con el que se entrega documento informativo, consentimiento informado.

Los resultados fueron que encontraron diferencias estadísticamente significativas en los conocimientos según la especialidad quirúrgica a la que perteneciera el profesional, siendo la asociación positiva para aquellos que pertenecían a la especialidad de anestesiología y la amplia participación de las enfermeras en el estudio revela la cultura de Enfermería a la hora de propiciar la seguridad de los pacientes; se evidencia la necesidad de mejora en su formación, ya que tan sólo un 10% de las enfermeras conoce el LVQ (11).

- Evelyn A. en la revista electrónica enfermería actual en Costa Rica el 2020 en su artículo: “Lista de verificación de seguridad quirúrgica: conocimientos y desafíos para el equipo del centro quirúrgico” Costa Rica, realizada con el objetivo de identificar el conocimiento de los profesionales de la salud sobre la Lista de verificación de seguridad quirúrgica, los desafíos y las estrategias para su implementación en un hospital público. Esta es una investigación cuantitativa, descriptiva, transversal. Realizada entre abril y mayo de 2017, incluyó la realización de un cuestionario sobre el conocimiento y las percepciones del Protocolo de cirugía segura por parte de los profesionales que trabajan en el quirófano. Los datos fueron analizados considerando estadística descriptiva. 72 profesionales participaron en el estudio, incluidos técnicos de enfermería, enfermeras, médicos e instructores, la mayoría conocía el Protocolo y los objetivos. La falta de adherencia del equipo fue el principal desafío que encontraron para usar este protocolo. Señalaron estrategias importantes que posiblemente podrían subsidiar la implementación de la herramienta en la institución. Se confirmó la hipótesis del estudio, ya que se descubrió que los profesionales tienen conocimiento sobre la Lista de verificación y la reconocen como una herramienta que garantiza la calidad de la atención durante el período perioperatorio, y enumeran los principales desafíos para su implementación (12).
- Elena L. mediante la plataforma SciELO el 2020 en su artículo: “La implementación de la lista de verificación para una cirugía segura y su

impacto en la morbilidad” muestra cómo reducir los eventos adversos, derivados de la práctica quirúrgica. El material y métodos utilizados fueron un estudio de cohortes que compara la incidencia de eventos adversos y mortalidad tras aplicar una estrategia de seguridad en el paciente quirúrgico. Se implementó la lista de verificación a 255 individuos llevados a cirugía no ambulatoria, programados a elección o de urgencia en el Hospital Naval de Mazatlán en el periodo del 01 de enero al 30 de junio de 2010, así como a 280 en el periodo del 01 de enero al 30 de junio de 2012, con un total de 535 sujetos incluidos. Los resultados obtenidos fueron que las complicaciones disminuyeron, observándose una reducción de más del 60% de las complicaciones, tras aplicar la LVCS, con una efectividad comparable a la reportada en el resto de los estudios realizados en hospitales a nivel internacional (13).

- Martin P. mediante la plataforma SciELO el 2017 en su artículo: “Listas de chequeo: crisis en sala de operaciones”, Uruguay, con el objetivo de mostrar la utilización de la lista en cada urgencia. Los resultados fueron ensayos basados en simulación durante la gestión de diversas situaciones críticas raras, mostrando una reducción de seis veces en el incumplimiento de los pasos críticos en la gestión de diversas situaciones quirúrgicas raras simuladas (incumplimiento de 24% sin lista de verificación frente a 4% con ella). La continuación de este estudio en el 2013 demostró una reducción similar en el incumplimiento de los pasos críticos (23% sin lista frente a 6% con lista) concluyendo que el uso de listas de verificación no es una debilidad, sino una fortaleza. Que, adoptarlas representa un cambio cultural y debe ser apoyada su uso para mejorar la supervivencia de los pacientes. Que, programar la implementación mediante capacitación por simulaciones proporciona un espacio para la práctica sin exponer a los pacientes (14).
- Claudia R. en la revista colombiana de cirugía, el 2016 en su artículo: “Utilización de listas de chequeo en cirugías programadas, Bogotá,” con el objetivo de caracterizar la utilización de las listas de chequeo en cirugías

- programadas con calidad de la atención del paciente quirúrgico en tres instituciones hospitalarias de Bogotá durante el 2016. Los materiales y métodos que utilizaron fueron un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y de corte transversal. Se hizo un análisis univariado con tablas de frecuencia para las variables dicotómicas, y un análisis bivariado con la prueba de ji al cuadrado y el test exacto de Fisher. Los resultados obtenidos fueron se encontró una utilización del 75,5 % de la lista de chequeo en el quirófano llegando a la conclusión de que, en tres instituciones hospitalarias de Bogotá, el uso de listas de chequeo tiene una frecuencia del 75,5%, similar a la informada en la literatura científica mundial; estas listas son diligenciadas, principalmente por auxiliares de enfermería (61 %) (15).
- Louise H. en la Revista Colombiana de Anestesiología el 2015 en su estudio denominado: “El trabajo en equipo y la seguridad en cirugía” Colombia-Bogotá con el objetivo de evaluar a los equipos quirúrgicos y obstétricos en la base, y luego introducir una intervención compleja, utilizando programas establecidos el sistema de trabajo en equipo (Team STEPPS) y enfoques para el trabajo en equipo (enfoque sistémico, principios de gestión de recursos en situación de crisis utilizando a el consejo de Investigación médica (MRC). También integraron la teoría con instrumentos prácticos, como la lista de verificación de la OMS adaptada para aplicación local, y las sesiones de información/retroalimentación con el equipo, siendo los resultados positivos, en los que determinaron que los grupos mostraron un mejor comportamiento de equipo, especialmente en aspectos como liderazgo y conciencia de la situación de equipo en los casos en que se identificaron deficiencias en la base, y concluyendo que la efectividad del trabajo en equipo en el quirófano es una necesidad (16).
 - Luciana P. mediante la plataforma SciELO el 2020 en su artículo: “Relación entre aplicación y utilidad de la lista de verificación de cirugía segura” Cuba con el objetivo de Identificar la relación entre la aplicación de la LVCS y utilidad según la opinión de las enfermeras. Método. Estudio cuantitativo,

diseño correlacional y transversal, realizado en sala de operaciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima – Perú. Resultados: Al aplicar la prueba estadística Chi cuadrado se evidenció que no existe relación entre ambas variables ($p > 0,06$); el 66 % de los profesionales de enfermería consideraron que es útil y el 56,5 % aplican la LVCS. Conclusiones: No se encontró relación entre la aplicación de la LVCS y la utilidad según la opinión de las enfermeras. Discusión. Refiere que la mayoría de los profesionales de enfermería no consideran a la LVCS como una herramienta útil, debido a que desconocen la razón y beneficio de su uso. Por lo mencionado en el artículo anterior el desconocimiento de esta herramienta no es conveniente y se pone en riesgo la seguridad del paciente (17).

- Carol G. mediante la plataforma Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, el 2022 en su artículo: “El impacto del llenado de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía por parte del personal de enfermería y prevención de errores en el área de quirófano” México realizando con el objetivo de analizar la relación del llenado de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía y la prevención de errores por parte del personal de enfermería en el área de quirófano en el hospital privado de segundo nivel., la metodología utilizada es no experimental, transversal, con una población de 20 profesionales de enfermería pertenecientes al personal de enfermería que labora en el área de quirófano del hospital. Resultados de los 20 participantes el 70% afirma que el personal de enfermería realiza el cotejo de la lista de cirugía segura de manera oportuna. Conclusión con base a los resultados obtenidos se identifica que la participación de las enfermeras y los enfermeros en el llenado de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía es indispensable para que los uno miembros del equipo quirúrgico no cometa errores (18).

- La secretaria de Salud del gobierno Mexicano en la plataforma de Gobierno de México el 2018 publicó un estudio: "Seguridad del paciente: prioridad del sector salud" lo realiza con el objetivo de comunicar que la seguridad para el paciente durante los procesos de atención a la salud es prioritaria, indica que en México el 2% de los pacientes hospitalizados muere, y el 8% padece algún daño, a causa de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente.

Sin embargo, se calcula que 62% de este tipo de eventos adversos son prevenibles, lo que plantea un área de oportunidad para brindar atención médica.

Para atender esta problemática, el Consejo de Salubridad General (CSG) y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud desarrollaron mesas de discusión para identificar aquellos aspectos que deben seguir los establecimientos que brindan atención médica, en beneficio del paciente (19).

- Sheila P. mediante la plataforma enfermagem em foco, el 2020 en su artículo: "Lista de verificación de cirugía segura: conocimiento del equipo quirúrgico" lo realiza con el objetivo de Verificar el conocimiento del equipo quirúrgico sobre la lista de verificación de cirugía segura en la sala de operaciones, utilizando metodología de investigación cuantitativa, transversal, exploratoria y descriptiva. Datos obtenidos a través de una entrevista guiada estructurada, aplicada a profesionales de quirófanos de hospitales en el noreste de Rio Grande do Sul, teniendo como resultados del estudio que incluyó a 123 profesionales, 43 técnicos de enfermería, 13 enfermeras, 18 anestesiistas y 49 cirujanos. El 100% de los participantes informó conocer la lista de verificación, el 65% recibió capacitación, el 98% lo consideró importante para la seguridad del paciente y el 75% afirmó verificar la información de la lista de verificación antes de firmar. Con respecto al número de pasos en la lista de verificación, el 82% fueron correctos, y con respecto al conocimiento sobre los pasos, el que tuvo la

mayor cantidad de aciertos fue el paso 1 (82% de aciertos), seguido del paso 3 que tuvo 77.35% de aciertos. La conclusión fue que los profesionales encuestados tienen conocimiento sobre la lista de verificación, sin embargo, hay pasos que no son claros, lo que denota la necesidad de capacitación y profesionalización de la atención para mejorar la calidad de la atención al paciente (20).

- María D. mediante el repositorio digital ReDi, el 2019 en su artículo: “Implementación de la lista de verificación para cirugía segura en una Instituto de Previsión Social (IPS) de ortopedia en Bogotá” Colombia-Bogotá Para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud los cambios permanentes a través de la eficacia y eficiencia de la organización y sus miembros deben ser direccionados por las herramientas de gestión establecidas, esto implica un modelo de formación que permite crear, desarrollar, implementar y evaluar cada uno de los recursos con que cuenta la entidad para facilitar un control oportuno que garantice el mejoramiento continuo de los procesos administrativos y asistenciales. Es por eso que en el presente trabajo se busca detectar las deficiencias en la institución objetivo (Clínica CEMEQ Ltda.) referente a la prestación del servicio de cirugía ortopédica ambulatoria, por un parte; y por otra, proponer un plan de mejora a través de la adaptación de la lista de chequeo de cirugía segura propuesta por la Organización Mundial de la Salud, que se adapte a las necesidades del servicio previamente enunciado (21).
- Cristian L. en la revista actualizaciones clínica meds, el 2018 en su artículo titulado: “Importancia de la pausa de seguridad quirúrgica” trata de minimizar los eventos adversos y promover la seguridad del paciente. Este se divide en tres partes fundamentales: antes de la inducción de anestesia, antes de la incisión quirúrgica y antes que el paciente sea retirado de pabellón. Se ha demostrado que su implementación y ejecución, ha determinado una reducción significativa de las tasas de complicaciones y defunciones en diversos establecimientos de salud. La conclusión es que la seguridad del

- paciente que es sometido a una intervención quirúrgica es un hecho fundamental, para este motivo; es imprescindible contar con herramientas que ayuden a prevenir eventos adversos, centinelas o muertes asociadas a un acto quirúrgico, como es el caso de Lista de Verificación o checklist quirúrgico elaborada por OMS. La responsabilidad de efectuar una intervención segura es responsabilidad del equipo quirúrgico en su totalidad (22).
- Catalina E. mediante la plataforma SciELO el 2018 en su investigación: “Sucesos adversos relacionados con el acto quirúrgico en una institución de salud de tercer nivel” de determina las causas que ocasionan la presencia de sucesos adversos relacionados con el acto quirúrgico en una institución de salud de tercer nivel. Para este cometido, el método utilizado fue un estudio descriptivo con temporalidad retrospectiva, realizado en Cali, Colombia en 2015. Se revisaron 164 registros de reporte de eventos adversos. Se diseñó un formato de recolección de datos y se tomó como referente el instrumento de reporte de eventos adversos del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos. Los resultados se clasificaron en eventos adversos prevenibles con 58,44 %; eventos adversos no prevenibles, 13,64 %; acciones inseguras 22,73 %; e incidentes, 5,19 %. La conclusión a la que se llegó es que los sucesos adversos obedecen a cancelaciones inoportunas de los procedimientos quirúrgicos, descuido en la administración de medicamentos, identificación incorrecta de pacientes, no lavado de manos por parte del equipo quirúrgico y falta de aseo en el quirófano durante los recambios. Del artículo mencionado, se confirma que realmente existen los sucesos adversos en el acto quirúrgico de una institución de tercer nivel (23).
 - Rocío M. mediante la plataforma Revista Electrónica de Portales Médicos, el 2021 en su artículo: “La seguridad del paciente quirúrgico en nuestro medio” indican que se deben establecer medidas para mejorar la seguridad de los pacientes que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas. Se

concluye señalando que el listado quirúrgico puede ser un elemento importante para mejorar el trabajo en equipo, pues facilita la comunicación entre sus miembros, y por lo tanto, fomenta el buen funcionamiento del mismo y la mejora en la seguridad de paciente; es importante el compromiso de todos los profesionales implicados en el acto quirúrgico (24).

De los artículos y publicaciones mencionadas, se concluye que la LVCS es una herramienta eficaz, que garantiza este propósito en la necesidad de reducir complicaciones perioperatorias y brindar una cirugía segura al paciente.

2.2. JUSTIFICACIÓN

El formulario / LVCS es una lista de chequeo que permite detectar si el origen de los problemas es debido al equipo quirúrgico o a nivel técnico. De esta forma, la Cirugía Segura Salvavidas, como su nombre lo indica, ayuda a garantizar la seguridad del paciente al que se le interviene en quirófanos y, a su vez, disminuir el número de complicaciones y muertes a nivel mundial.

La LVCS está basada en el conocimiento y experiencia de un conjunto de expertos en seguridad del paciente de todo el mundo (equipo quirúrgico cirujano, anestesiólogos y enfermeros). Al mismo tiempo, promueve una mejor comunicación y trabajo en equipo y entre las distintas disciplinas clínicas, permitiendo también reforzar las prácticas de seguridad para la atención del paciente quirúrgico. Estudios realizados evidenciaron que, gracias a la aplicación de la LVCS, se pudieron reducir eventos adversos que ocurren cada año con el paciente quirúrgico.

El HAIG Obrero N°1 es un hospital de referencia nacional, de tercer nivel y el departamento de quirófanos tiene actividad quirúrgica con mucha demanda para sus asegurados. Como ejemplo, el mes de octubre del año 2021 hubo 698 cirugías realizadas; por lo tanto, la LVCS es un instrumento que el equipo quirúrgico de este nosocomio necesita aplicarlo como es debido y establecido por la OMS/Alianza Mundial para la seguridad del paciente, por las razones ya

mencionadas. Además, es un hospital de referencia académica donde existen personas en formación (pregrado, posgrado, especialidades y subespecialidades en sus diferentes disciplinas y profesiones).

La presente investigación contribuye a la sociedad, identificando el correcto conocimiento de la cirugía segura; tomando nota de situaciones que requieren mejorar y haciendo resaltar en ella errores o faltas para, posteriormente, subsanarlas. Así también, cuidar la seguridad del paciente atendido en el área quirúrgica, para que este sea un hospital de referencia de trabajo con la cirugía segura y ejemplo a seguir en otros nosocomios de Bolivia.

La LVCS contribuye a los objetivos que persigue la OMS en el beneficio del paciente (reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico, abordar cuestiones de seguridad importantes prácticas inadecuadas de seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables o la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico).

Con los resultados obtenidos, la presente investigación procura lograr que el equipo quirúrgico esté al tanto del conocimiento de la cirugía segura que ejerce en su nosocomio y de, esta manera, mejorar o perfeccionar en algunos puntos, de acuerdo a los resultados obtenidos y adquiera la capacidad de un pleno conocimiento y práctica de la LVCS, aprovechando los altos porcentajes de actitud y disponibilidad positivos que tiene el mismo, siendo favorecidos el paciente, en primer lugar, y, posteriormente, el equipo quirúrgico.

En este sentido, la utilización de la LVCS es considerable, por lo que su adecuado manejo y aplicación, irán en beneficio tanto del paciente quirúrgico también en beneficio de la institución cumpliendo la misión que la institución persigue.

III. MARCO TEÓRICO

El estudio del análisis del conocimiento de la LVCS busca el conocer su aplicación en el equipo quirúrgico; es así que se pone a consideración la bibliografía que forma y orienta a este objetivo, para lo cual será importante definir algunos conceptos clave en el tema de estudio, entre los cuales se encuentran hospital, quirófano, equipo quirúrgico, seguridad del paciente, cirugía segura, verificación, conocimiento y análisis.

3.1. MARCO CONCEPTUAL

3.1.1. SEGURIDAD DEL PACIENTE

La seguridad del paciente, debe formar parte de la cultura estratégica de las organizaciones sanitarias, en el marco de su aportación a la calidad asistencial, mejora de los resultados en salud, incremento de la eficiencia, mejora de la utilización de recursos y, en definitiva, responde al compromiso ético de aportar a los pacientes lo más adecuado.

No obstante, como recalca la Sociedad Española, hay un camino importante que recorrer en esta área, por lo que el Comité de RSC (Responsabilidad Social Corporativa) y ética de SEDISA (Sociedad española de Directivos de Salud) ha impulsado la realización de un Sondeo sobre Seguridad del Paciente, proyecto en el que están trabajando directivos de la salud, representantes de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Hospital (SEFH), de la Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas (FACME), de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE), de la Asociación Española de Enfermería Quirúrgica (AEEQ), del Foro Español de Pacientes (FEP) y de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP), y supervisado por diferentes expertos.

Este sondeo, dirigido a profesionales y directivos de la salud, pretende obtener una visión 360º sobre la Seguridad del Paciente en España que ayude a marcar

las acciones a desarrollar en el futuro y obtener unas recomendaciones de trabajo desde una perspectiva global y teniendo en cuenta las percepciones y necesidades de los directivos de la salud, profesionales sanitarios y pacientes. Es un sondeo anónimo y fácil de responder. Con su participación está contribuyendo valiosamente a la mejora de la calidad y seguridad en materia de Salud (25).

3.1.2. CIRUGÍA Y TIPOS DE CIRUGÍA

La cirugía es una rama de la medicina que se encarga de intervenir en el cuerpo del paciente para mejorar su funcionamiento o su apariencia (26).

Existen muchas clasificaciones de las intervenciones quirúrgicas en función según el criterio por el que se decida clasificar, sin embargo, la clasificación de la cirugía según la gravedad o extensión o importancia es la más general para poder comprender en forma sencilla.

- Cirugía menor. Es la que no presenta riesgo para la vida del paciente. Suele ser sencilla y puede practicarse tanto en un hospital como en un centro de salud. Para ella suele usarse anestesia local y el tiempo de recuperación tras la intervención quirúrgica es breve. Por su baja tasa de complicaciones, la cirugía menor no suele requerir hospitalización, por lo que el paciente vuelve a su casa el mismo día de la intervención.
- Cirugía mayor. Es la más seria, ya que implica un riesgo para la vida del paciente. Suele realizarse bajo anestesia general, por lo que requiere la hospitalización del paciente y la recuperación es más larga. Es una cirugía muy propensa a presentar complicaciones (26).

3.1.3. CIRUGÍA SEGURA

Según Pérez R. y otros autores, consideran a la cirugía segura como un conjunto de procedimientos sistematizados que se lleva a cabo en pacientes con finalidades terapéuticas o de diagnóstico y que, por sus características, requieren

ser realizados en salas de operaciones del área de hospitalización. La cirugía mayor es “todo procedimiento realizado en quirófano que permite la incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido; generalmente requiere anestesia regional o general o sedación profunda para controlar el dolor” OMS.

Así también, es todo procedimiento realizado habitualmente en una sala de cirugía que incluya la incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido, y generalmente requiere anestesia regional o general, o sedación profunda para controlar el dolor. En situaciones especiales como guerra o desastres naturales se efectúa cirugía mayor en salas improvisadas e incluso en vehículos como remolques, aviones o barcos (1).

3.1.4. ESTRATEGIA “CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS”

Se lleva a cabo a través de una lista de verificación para abordar cuestiones de seguridad importantes, como son: prácticas adecuadas de seguridad de la anestesia, infecciones quirúrgicas evitables y comunicación deficiente entre el equipo quirúrgico; estos son problemas habituales, potencialmente mortales y prevenibles en todos los países y entornos. La definición operacional de Cirugía Segura afirma que es el procedimiento efectuado en quirófano para curar, mediante operaciones, las enfermedades del cuerpo humano, asegurando, en lo posible, la vida de la persona que será intervenida, o evitando daños mayores a los propios del procedimiento (1).

3.1.5. OBJETIVOS ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

La cirugía segura cuenta con objetivos a tomar en cuenta que indica lo siguiente:

- Debe realizar la intervención quirúrgica en el sitio anatómico correcto.
- Debe prevenir daños por la administración de anestésicos y más fármacos.
- Debe estar preparados para situaciones adversas en el sistema respiratorio.
- Deberá estar preparado en caso de una pérdida considerable de sangre.

- Deberá evitará provocar reacciones alérgicas o reacciones adversas a fármacos.
- Deberá evitará el riesgo de infección de la herida quirúrgica.
- Deberá evitar dejar gasas o instrumentos en la herida quirúrgica.
- Deberá guardar e identificar muestras quirúrgicas.
- Deberá intercambiar información sobre el paciente para que la intervención se desarrolle de forma segura.
- Los hospitales y sistemas de salud públicos establecerán una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos.

Es importante mencionar que normas de asepsia y antisepsia expone al paciente a mayores riesgos condicionando la complicación más frecuente de la cirugía.

El manual de la OMS también habla acerca del fomento a una cultura de la seguridad. De esta manera, poder también introducir la LVCS en los quirófanos para su aplicación (1).

3.1.6. FOMENTO DE UNA CULTURA DE SEGURIDAD.

“Las medidas de seguridad deberían impulsar un cambio real que lleve a los equipos quirúrgicos a cumplir todos y cada uno de los puntos de la Lista” (2).

3.1.7. INTRODUCCIÓN DE LA LISTA EN EL QUIRÓFANO

Será necesaria una cierta práctica para que los equipos aprendan a utilizar eficazmente la Lista de verificación. Algunas personas pueden considerarla una imposición, o incluso una pérdida de tiempo. El objetivo no es que se recite mecánicamente ni que entorpezca el ritmo de trabajo, sino que proporcione a los equipos quirúrgicos un conjunto sencillo y eficiente de controles prioritarios para mejorar la eficacia del trabajo en equipo y la comunicación, y que fomente la consideración activa de la seguridad del paciente en cada operación realizada. Muchas de las medidas de la Lista de verificación ya se ejecutan en los quirófanos de todo el mundo; sin embargo, son pocos los que las aplican de forma

fiable. La Lista de verificación tiene dos propósitos: garantizar la homogeneidad en la seguridad del paciente e introducir (o mantener) una cultura que valore este objetivo.

La aplicación exitosa de la Lista de verificación requiere su adaptación a las expectativas y los hábitos locales, lo cual no será posible sin el compromiso sincero de los líderes de los hospitales. Para que la Lista de verificación tenga éxito, los jefes de los departamentos de cirugía, anestesia y enfermería deben expresar públicamente su convicción de que la seguridad es una prioridad y de que la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía puede contribuir a hacerla realidad. Para demostrarlo, deberán utilizarla ellos mismos y preguntar periódicamente a los demás cómo avanza su aplicación. Si no existe un liderazgo demostrable, la introducción de una lista de esta índole puede alimentar el descontento y la oposición. Las listas de verificación han sido útiles en entornos muy distintos, entre ellos los asistenciales. Esta Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía se ha utilizado satisfactoriamente en una amplia gama de centros sanitarios con diferentes recursos.

La experiencia demuestra que los obstáculos a su aplicación pueden superarse a través de la educación, la práctica y el liderazgo. Con la planificación y el compromiso apropiados, las medidas de la Lista de verificación son fáciles de llevar a cabo y pueden marcar la diferencia con respecto a la seguridad de la atención quirúrgica” (2).

En las últimas investigaciones que se realizó se muestra que realmente el equipo quirúrgico tiene que ser muy muy bueno en la realización de sus funciones. Cada miembro de este equipo es de vital importancia (Cirujano, Anestesiólogo, Instrumentadora, circulante) y por supuesto los demás equipos que también son necesarios para el éxito de estas funciones siempre con el fin de salvaguardar la vida- salud del paciente.

Una de las instituciones más grandes del mundo es la OMS que realiza programas con el objetivo de garantizar que los equipos quirúrgicos adopten una cultura en pro de mejorar la atención del paciente quirúrgico, es así que realizaron manuales protocolos e información acerca de esto para que el equipo quirúrgico y sus colaboradores tengan aún más conocimiento y práctica para llegar incluso a la excelencia en cuanto a la atención del paciente quirúrgico.

De igual forma es importante mencionar también que dicha información que realiza la OMS en el manual de aplicación de Verificación de Cirugía segura, menciona la implantación de este sistema en forma paulatina hasta su implementación, tomando en cuenta factores correspondientes a cada caso (2).

3.1.8. MODIFICACIÓN DE LA LISTA

La Lista de verificación puede modificarse teniendo en cuenta las diferencias entre los centros sanitarios con respecto a sus procesos, la cultura de quirófano y el grado de familiaridad de los miembros del equipo entre sí. Sin embargo, se desaconseja vivamente eliminar medidas de seguridad porque se considere que no se puedan realizar en el entorno o las circunstancias existentes. Las medidas de seguridad deberían impulsar un cambio real, que lleve a los equipos quirúrgicos a cumplir todos y cada uno de los puntos de la Lista.

Por razones de brevedad, la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía no pretendió ser exhaustiva. Es posible que los diferentes centros quieran añadir otras medidas a esa Lista. Los equipos deberían considerar la posibilidad de añadir controles de seguridad para procedimientos específicos, especialmente si forman parte de procesos sistemáticos establecidos en el centro. Cada fase debería utilizarse como una oportunidad de verificar el conocimiento sistemático de las medidas de seguridad fundamentales. Como medidas adicionales se podrían incluir la confirmación de la prevención de las tromboembolias venosas con medios mecánicos (como medias y botas de compresión secuencial) y/o farmacológicos (heparina o Warfarina) cuando esté indicada, la disponibilidad de

implantes esenciales (como mallas o prótesis), otras necesidades de instrumental o equipos o los resultados de las biopsias, análisis y determinaciones del grupo sanguíneo que sean fundamentales antes de la operación.

Se recomienda también, que cada centro reformatee, reordene o revise la Lista de verificación para acomodarla a la práctica local, siempre que se garantice el conocimiento eficiente de las medidas de seguridad esenciales. No obstante, los centros y los profesionales deben ser conscientes del riesgo de convertir la Lista de verificación en un instrumento complejo y difícil de utilizar (2).

3.1.9. LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente indica que la LVCS es una herramienta sencilla y práctica que puede ser utilizada por cualquier equipo quirúrgico del mundo para garantizar de forma eficiente y rápida la observancia de medidas preoperatorias, intraoperatorias y posoperatorias que aportan al paciente beneficios demostrados.

También indica que la LVCS divide la operación en tres fases, que son:

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

En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el encargado de rellenar la LVCS confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas (2).

En el Manual de aplicación de la Lista OMS indica en forma detallada este procedimiento de la Cirugía Segura refiriéndose a la LVCS en sus tres fases (entrada, pausa, salida).

3.1.9.1. PROCEDIMIENTO DETALLADO - ENTRADA

“La Entrada ha de completarse antes de la inducción de la anestesia, con el fin de confirmar la seguridad del procedimiento.” La fase de “Entrada” requiere la presencia de al menos del anestesista y del personal de enfermería. El coordinador de la lista podrá rellenar esta parte de una sola vez o secuencialmente, en función de cómo se desarrolle la preparación para la anestesia.

- Paso 1. El paciente ha confirmado su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento. El coordinador confirmará verbalmente con el paciente su identidad, el tipo de intervención prevista, el lugar anatómico de la intervención y el consentimiento del paciente para su realización. Aunque pueda parecer repetitivo, 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 esté presente el tutor o un familiar y se omita este paso, por ejemplo, en una emergencia, se dejará sin marcar la casilla correspondiente.
- Paso 2. Demarcación del sitio/no procede. 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 dependerá de la práctica local. Algunos hospitales no la exigen por ser extremadamente raro que se opere en lugar equivocado. No obstante, la delimitación sistemática del sitio supone una confirmación adicional de que el lugar anatómico y el procedimiento son correctos.

- Paso 3. Se ha completado el control de la seguridad de la anestesia. Para completar este paso, el Coordinador 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, 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.
- Paso 4. Pulsioxímetro colocado y en funcionamiento. El Coordinador de la lista confirmará que al paciente se le haya colocado antes de la inducción de la anestesia un pulsioxímetro que funcione correctamente. Lo ideal es que la lectura del dispositivo sea visible para el equipo quirúrgico. A ser posible, debe utilizarse un sistema de señal sonora que alerte del pulso y la saturación de oxígeno.

La OMS ha recomendado encarecidamente la utilización del pulsioxímetro 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, puede obviarse este requisito, pero en ese caso se dejará sin marcar esta casilla.

- Paso 5. ¿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. La pregunta ha de formularse, aunque el Coordinador ya conozca la respuesta, para confirmar así que el anestesista es consciente de la existencia de

- alergias que supongan un riesgo para el paciente. Sólo entonces se marcará la casilla correspondiente. Si el Coordinador tiene conocimiento de alguna alergia que el anestesista desconozca, debe comunicarle esa información.
- Paso 6. ¿Tiene el paciente vía aérea difícil/riesgo de aspiración? El Coordinador 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. 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. 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 (por ejemplo, utilizando técnicas de inducción rápida o solicitando la ayuda de un asistente que aplique presión sobre el cartílago cricoides durante la inducción). Ante un paciente con vía aérea difícil o riesgo de aspiración, sólo deberá marcarse la casilla (e iniciarse la inducción) después de que el anestesista haya

confirmado que dispone del equipo adecuado y que la asistencia necesaria está presente junto a la mesa de operaciones.

- Paso 7. ¿Tiene el paciente riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en los niños)? En este punto, el Coordinador 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 inducir la anestesia. 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 durante la “Pausa quirúrgica” el cirujano volverá a revisar la previsión de hemorragia, lo que permite un segundo control de seguridad al anestesista y al personal de enfermería.)

Hasta este punto se ha completado la fase de “entrada” y puede procederse a la inducción de la anestesia (2).

3.1.9.2. PROCEDIMIENTO DETALLADO - PAUSA QUIRÚRGICA

La pausa quirúrgica es una interrupción momentánea de todo el equipo justo antes de la incisión cutánea, con el fin de confirmar la realización de diversos controles de seguridad esenciales, teniendo los siguientes pasos:

- Paso 1. El equipo debe confirmar que todos los miembros se hayan presentado por su nombre y función. Debido a que 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 consigue con una simple presentación.

Los equipos que ya se conozcan pueden confirmar este aspecto, pero los nuevos miembros o las personas que hayan entrado al quirófano después de la última operación, entre ellos los estudiantes y otro tipo de personal, deben presentarse personalmente.

- Paso 2. El cirujano, anestesista y enfermero confirman verbalmente la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento. Este momento corresponde a la “Pausa quirúrgica” convencional y cumple la normativa de muchos organismos de reglamentación, tanto nacional como internacional.

Antes de que el cirujano realice la incisión cutánea, el Coordinador de la lista u otro miembro del equipo pedirán a los presentes que se detengan 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 a la persona o el sitio equivocados. Por ejemplo, el enfermero circulante anunciaría: “Hagamos la pausa quirúrgica” y añadiría: “¿Estamos todos de acuerdo en que este es el paciente X, al que vamos a operar de una hernia inguinal derecha?”. La casilla no deberá marcarse hasta que el anestesista, el cirujano y el enfermero circulante

hayan confirmado de forma explícita e individual que están de acuerdo. Si el paciente no está sedado, es conveniente obtener también su confirmación.

- Paso 3. 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, en la pausa quirúrgica 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 la casilla correspondiente solo se rellenará después de que cada disciplina clínica haya aportado su información. 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 anestesista y al personal de enfermería si tienen alguna reserva en particular.
- Paso 4. El cirujano revisa los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista. Con el objetivo de 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.
- Paso 5. El equipo de anestesia revisa si el paciente presenta 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 anestesista puede decir simplemente: “Este caso no presenta problemas especiales”.

- Paso 6. El equipo de enfermería revisa si se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores) y si existen dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos. En este caso el 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.”
- Paso 7. ¿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 durante la pausa quirúrgica 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 hubiera suministrado más de 60 minutos antes, el equipo debe considerar la posibilidad de administrar una nueva dosis; si no se lo hace, la casilla se dejará en blanco. 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.

- Paso 8. ¿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. En la “pausa quirúrgica”, 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. Sólo entonces se marcará la casilla. 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; si se decide a operar, la casilla se dejará sin marcar. Si no se necesitan imágenes se marcará la casilla “no procede”(2).

3.1.9.3. PROCEDIMIENTO DETALLADO - SALIDA

“La Salida debe completarse antes de que el paciente salga del quirófano. La fase de “Salida” puede iniciarla el enfermero circulante, el cirujano o el anestesista, y debe llevarse a cabo antes de que el cirujano abandone el quirófano. Puede coincidir, por ejemplo, con el cierre de la herida. Una vez más, las casillas solo se marcarán cuando el Coordinador haya confirmado que el equipo ha abordado cada punto de la lista.

- Paso 1. El enfermero confirma verbalmente con el equipo el nombre del procedimiento realizado. 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?”
- Paso 2. El enfermero confirma verbalmente con el equipo que los recuentos de instrumentos, gasas y agujas son correctos (o no proceden). 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).
- Paso 3. El enfermero confirma verbalmente con el equipo el etiquetado de las muestras (incluido el nombre del paciente). La rotulación incorrecta de las muestras anatomopatológicas 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.
- Paso 4. El enfermero confirma verbalmente con el equipo 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.

- Paso 5. 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 (2).

3.1.10. ENCUESTAS CAP

La escasa información con relación a este tipo de encuestas obliga a tomar esta información en la cual se explica con detalle con relación a su significancia.

La encuesta CAP es un estudio cuantitativo de una población específica que reúne información sobre lo que la gente sabe, cómo se siente y cómo se comporta con relación a un tema en concreto. Las encuestas CAP se utilizan para recopilar datos valiosos que pueden servir para fortalecer la planificación y el diseño de programas, la incidencia, la movilización social, el análisis y la evaluación en el ámbito de la protección en este caso de la infancia (27).

3.2. MARCO CONTEXTUAL HAIG OBRERO N°1

El HAIG Obrero N°1 fue creado en la década de los 40 a raíz de la necesidad que existía de cubrir contingencias sociales en los que se hallaban expuestos los

trabajadores del país, especialmente del sector minero, apunta que sobrepasaban las 40.000 personas cuya producción constituya el principal sostén de la economía del país. Otro dato importante es que, en ese entonces, se llamaba la Caja de Seguro y Ahorro Obrero, creada en 1935, por el Gobierno de Dr. Tejada Sorzano, con el objetivo de tener políticas de medidas preventivas, curativas y reparativas. De tal forma que, en 1947 se inicia la construcción del Hospital Obrero en la zona Valle de Miraflores con una extensión de 3.470 metros de terreno.

Finalmente, el Hospital Obrero N°1 fue inaugurado el 31 de octubre de 1955 por entonces presidente de la República Dr. Víctor Paz Estensoro.

Actualmente, el HAIG Obrero N°1 tiene 67 años de vida, aunque se encuentra con bastantes deterioros en su infraestructura, como fallas en el sistema eléctrico, en el sistema hidrosanitario, y con una mala ubicación de las salas y camas, que no están acordes a la época actual (28).

3.2.1. COMPOSICIÓN DEL ÁREA QUIRÚRGICA

En el HAIG Obrero N°1 tiene 14 quirófanos para distintas especialidades.

En el piso N°3, están las especialidades de:

- Traumatología
- Neurología
- Urología

Con sus servicios adjuntos:

- Servicio de recuperación
- Servicio de pre anestesia
- Subcentral de quirófanos.
- Banco de hueso

En el piso N°2, están las especialidades de:

- Cirugía General,
- Maxilofacial,
- Coloproctología
- Urología
- Trasplantes
- Terapia del dolor

Con sus servicios adjuntos:

- Servicio de recuperación
- Servicio de pre anestesia
- Subcentral de quirófanos.

En el piso N°4, están las especialidades de:

- Cirugía plástica
- Quemados

Con sus servicios adjuntos:

- Servicio de recuperación.
- Servicio de subcentral.

En el piso N°6, están las especialidades de:

- Cirugía Vascolar
- Cirugía Cardiovascular
- Cirugía Cardiotorácica

Con sus servicios adjuntos:

- Servicio de recuperación.
- Servicio de subcentral.

El servicio de quirófanos cuenta también con salas de descanso, baños, vestuario para el personal.

Al mismo tiempo cuenta con una central de esterilización que proporciona material adecuado para el funcionamiento de las cirugías en los quirófanos, ubicada en el primer piso de este nosocomio.

Es importante mencionar que están dispuestas las distintas especialidades como ser anatomía patológica, laboratorios, radiología, tomografía, ecografía y las distintas especialidades que el hospital ofrece en caso necesario para la atención del paciente en el transoperatorio (29).

3.2.2. DEPENDENCIA

La Caja Nacional de Salud (CNS) es una institución no depende del Estado, es un ente gestor del seguro social. Funciona con recursos de partes patronales.

La CNS es una institución que tiene en su regazo a aproximadamente más de 3000 empresas de diferentes magnitudes afiliadas (30).

3.2.3. NIVEL DE ATENCIÓN

El nivel de atención corresponde a un tercer nivel, es decir, que cuenta con todas las especialidades, contando con servicios de urgencias, salas de internación para cirugías; especialidades quirúrgicas como traumatología, cirugía general neurocirugía, cirugía cardiovascular, entre otras.

En el Hospital Obrero existen también servicios de estudios complementarios.

Así también, con servicios de terapia intermedia, terapia intensiva, servicio de unidad coronaria, servicios de hemodiálisis.

Asimismo, dicho nosocomio cuenta con servicios de consulta externa en las distintas especialidades y subespecialidades que la medicina ofrece, como ser nefrología endocrinología, y otros que son de alta complejidad (31).

3.2.4. QUIRÓFANOS DEL HAIG OBRERO N°1

Los quirófanos del HAIG Obrero N°1 es un área dentro de este nosocomio en el que se interviene quirúrgicamente a los pacientes, realizando cirugías de urgencia, cirugías programadas durante las 24 horas de día y los 365 días de año, ofreciendo al paciente quirúrgico todas las demandas de atención de acuerdo a su necesidad para su pronta recuperación de salud.

El doctor Guachalla, director de este nosocomio en el año 2016, señalaba que este hospital atiende a 60 mil personas aseguradas por año, pese a su precaria infraestructura, también decía que se lleva a cabo 12.500 cirugías por año. Que los procedimientos quirúrgicos de traumatología son aproximadamente 50%, y hasta entonces se realizaron 159 trasplantes renales. Dentro del hospital existen problemas de saturación y sobrecarga, reconociendo que dicho nosocomio fue diseñado con 200 camas; sin embargo, hoy se tiene 444 camas de internación; es decir, que se ha incrementado al doble, siendo difícil la atención a los pacientes, porque las salas de dos camas ahora son de cuatro y las de cuatro son de ocho. Se aprovechó cada metro cuadrado para dar solución a los requerimientos de los asegurados.

A pesar de las adversidades antes mencionadas, el HAIG Obrero N°1 continúa en su labor y mejora. En tal sentido, la Organización Panamericana de Salud (OPS) y OMS (2022) publican que hoy el Hospital Obrero N°1, es el principal nosocomio de tercer nivel de referencia dentro del Sistema de Aseguramiento Social de Bolivia, Así también, colabora con las diferentes instancias nacionales como el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), la Agencia Estatal De Medicamentos Y Tecnologías En Salud (AGEMED), el Comité Nacional de Inmunización (CNI) y la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo (ASUSS) para atender e investigar cada caso de posible evento adverso atribuible a la vacunación anti COVID-19 que llega al hospital (32).

Por otra parte, Raúl Villanueva, director interino del Hospital Obrero N°1 añade que la institución atiende anualmente a cerca de 100.000 pacientes en consulta externa y realiza un promedio de 8.000 cirugías y 25.000 consultas de emergencia, entre otras actividades. El Hospital Obrero N°1 también cuenta con 60 especialidades y con más de 1.000 trabajadores en salud. Fue el pionero en los trasplantes renales, realizando el primero en Bolivia en 1979 (33).

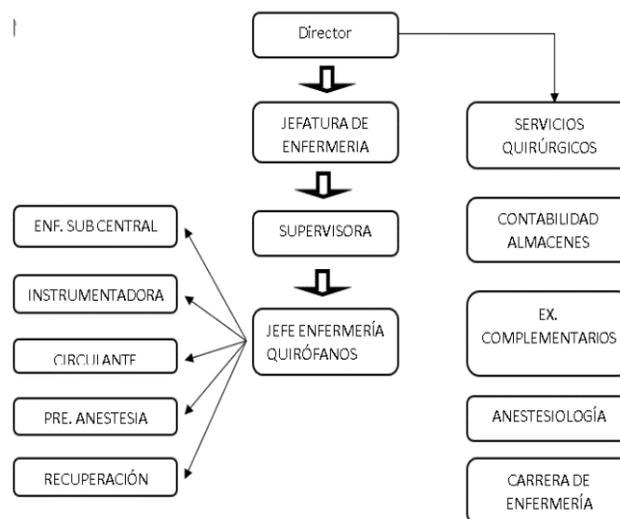
3.2.5. MISIÓN DEL ÁREA QUIRÚRGICA

Proporcionar atención integral oportuna, efectiva y eficiente, con capacidad y calidez a todos los pacientes que requieran intervención quirúrgica, recuperación post anestesia y tratamiento del dolor. Para satisfacer sus necesidades y expectativas emergentes de su enfermedad con personal calificado y especializado (31).

3.2.6. VISIÓN DEL ÁREA QUIRÚRGICA

Se constituye en un centro de referencia de atención integral en enfermería de área quirúrgica, en cirugías de alta complejidad, recuperación post anestesia y manejo del dolor (31).

3.2.7. ORGANIGRAMA DEL SERVICIO DE QUIRÓFANOS



Fuente: secretaria de Quirófanos

3.2.8. FRECUENCIA Y TIPO DE CIRUGÍAS

Según los datos estadísticos del HAIG Obrero N°1 tiene como promedio 698 cirugías mensuales, siendo un promedio anual de 8.400 cirugías anuales. Así, por ejemplo, en el mes de octubre de 2021, el 39% correspondió a la especialidad de cirugía general.

A continuación, se presenta un cuadro estadístico con las diferentes especialidades que han realizado cirugías en el mes de octubre de 2021.

HAIG OBRERO N°1 ESTADÍSTICA CIRUGÍAS REALIZADAS MES DE OCTUBRE 2021

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Total
Traumatología,	64	66	74												204
Maxilofacial					1										1
Urología				36				36							72
Cirugía General					61	34	108		67						270
Terapia del dolor										28					28
Cirugía plástica, Quemados											24				24
Cirugía Vascular												30	33		63
Neurología.	5	1			1										7
Cardiorácica					1									28	29
															698

Fuente: Elaboración Propia. 2021

IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La LVCS es una herramienta útil para los profesionales interesados en mejorar la seguridad de los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica, su uso se ha asociado con reducciones en la mortalidad y en las complicaciones entre los pacientes es decir la importancia es aplicar un sistema que permita una actuación segura para con el paciente quirúrgico (34).

Un estudio realizado en Sudamérica con relación a la cirugía segura, en dicho estudio se llega a la conclusión de que el desconocimiento, la escasa y desigual capacitación del protocolo a los equipos de salud involucrados fueron los principales factores que influyeron negativamente en la adherencia al protocolo. Siendo también que la jerarquía de los cirujanos es un factor limitante. Los responsables de los equipos de salud juegan un papel fundamental a la hora de fomentar la participación de todo el equipo implicado, mejorando la comunicación entre ellos y asegurando el compromiso por unas cirugías más seguras (35).

Bolivia no es la excepción de estos problemas, ya que se pueden observar que en diferentes nosocomios no existe un correcto manejo de la LVCS. Por ejemplo, Álvarez G. (2021) en su tesis menciona que en el Hospital de Clínicas se realizan 450 cirugías aproximadamente en un mes, que equivale a 15 cirugías de manera diaria, debido al ritmo de trabajo de los profesionales, las actividades se rutinizan, se vuelven automáticas resultado de un procedimiento mecanizado, solo con la intención de cumplir sin valorar la importancia de los procedimientos, estos pueden generar infección de la herida quirúrgica, la falta de verificación del instrumental quirúrgico antes de iniciar la cirugía, olvido de gasas y compresas en cavidades quirúrgicas que generan a problemas legales y o negligencias médicas, cirugías en lugares erróneos por la falta de verificación del lugar quirúrgico (36).

Así también, la OMS, a través del Comité de Bioseguridad, presentó el formulario de cirugía segura al HAIG Obrero N°1 a los diferentes miembros del equipo

quirúrgico para que estos trabajen con el mismo. Designando el llenado de este al auxiliar de enfermería. Al inicio, el formulario fue aceptado positivamente por parte del equipo quirúrgico, pero, posteriormente y hasta la fecha, se observa que su llenado o tiqueado de la LVCS es mecánico, ya que esta práctica se ha deteriorado, y el equipo quirúrgico no insiste en el manejo correcto del mismo.

Al mismo tiempo, la institución no realiza un seguimiento en los procesos adecuados de este tipo de trabajo, debido a que el personal de enfermería ha dejado de ser perseverante en el llenado de la lista, generando un decremento en la información y su importancia. Si bien el equipo quirúrgico del HAIG Obrero N°1 cumple con el llenado de la LVCS, no lo hace conforme a lo establecido por la OMS.

En este sentido, se debe buscar soluciones que ayuden a retomar la práctica en el llenado adecuado de la hoja/formulario de verificación de cirugía segura, ya que en ella se registran datos o problemas que se deben tomar en cuenta como por ejemplo, el mal estado de la infraestructura y los equipos (monitor, equipo de anestesia y otros), la irregularidad del suministro de los medicamentos e insumos, las deficiencias en la gestión organizativa, la deficiente capacidad y formación de algún personal y otros problemas más, para solucionar y, de esta manera, ofrecer seguridad al paciente en su atención perioperatoria.

4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo serán los conocimientos, actitudes y prácticas de la lista de verificación de cirugía segura, por el equipo quirúrgico, Hospital de Atención Integral General Obrero N°1 Caja Nacional de Salud 2021?

V.- OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de la lista de verificación de cirugía segura por el equipo quirúrgico, Hospital de Atención Integral General Obrero No 1 Caja Nacional de Salud, 2021.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar la sociodemografía de la población en estudio.
2. Identificar los conocimientos del equipo quirúrgico, ante la Lista de Verificación de Cirugía.
3. Identificar las actitudes del equipo quirúrgico, ante la Lista de Verificación de Cirugía.
4. Identificar las prácticas del equipo quirúrgico, ante la Lista de Verificación de Cirugía Segura.
5. Elaborar una propuesta de intervención educativa para la implementación de la lista de Verificación de Cirugía Segura para el Equipo Quirúrgico.

VI.- DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. TIPOS DE ESTUDIO

- La presente tesis es de tipo observacional, de corte transversal, descriptivo y cuantitativo.
- La investigación observacional:
- La presente investigación del estudio observacional, ya que en el transcurso de su estudio realiza la observación de los acontecimientos del trabajo del equipo quirúrgico en relación a la LVCS, sin intervenir en el curso natural de estos, para posteriormente informar los resultados, con el objetivo de emitir recomendaciones que convienen para la mejora de la cirugía segura del paciente en el ámbito quirúrgico del HAIG Obrero N°1(37).
- Como señala Manterola C. los estudios observacionales (EO) corresponden a diseños de investigación cuyo objetivo es “la observación y registro” de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos. Pueden ser descriptivos o analíticos.

La presente investigación es no experimental de corte transversal porque se realizó una encuesta para recolectar datos en un determinado tiempo, para analizar las 18 variables de la LVCS y su interrelación en el momento oportuno, respecto a la actividad quirúrgica del equipo quirúrgico. Según Choza, señala que este tipo de investigación “es aquel que recolecta datos en un solo momento específico, no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el programador. El objetivo es analizar cuál es el estado o nivel de una de las variables en un momento dado, evaluar una situación, comunidad, evento, fenómeno o contexto en un punto del tiempo”(38).

- La investigación es descriptiva porque describe los eventos que suceden con relación a la cirugía segura, mostrando cómo se da la práctica del equipo quirúrgico respecto a la LVCS en el paciente. Según Sampieri R., el propósito de la investigación descriptiva es describir situaciones y eventos.

Es decir, cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. Estos estudios buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986”) (39).

- “Los estudios descriptivos pueden ofrecer la posibilidad de predicciones, aunque sean rudimentarias utilizando técnicas estadísticas”. En este sentido, la presente investigación realiza estadísticas para identificar el conocimiento que tiene el equipo quirúrgico del HAIG Obrero N°1. (40)
- La investigación es cuantitativa porque expresa mediante números, cuadros y gráficos la recopilación de datos obtenidos, en este caso de las encuestas CAP, que mide conocimiento, actitud y práctica, realizadas al equipo quirúrgico en relación a la LVCS. Según el autor mencionado “los planteamientos a investigar son específicos y delimitados desde el inicio de un estudio, también indica que la recolección de datos se fundamenta en la medición y el análisis en procedimientos estadísticos”(41).

6.2. ÁREA DE ESTUDIO

La presente investigación se realizó en el HAIG Obrero N°1, servicio quirófanos en la ciudad de La Paz, Bolivia; ubicada en la zona de Miraflores, Av. Brasil, entre calles Lucas James y José Gutiérrez N° 1745.

Se tomó en cuenta al área quirúrgica, que tiene 14 quirófanos para cirugías de distintas especialidades. Está ubicado en los pisos 2, 3, 4 y 6 de este nosocomio. Cada piso tiene salas de recuperación y la central de esterilización en el primer piso.

6.3 UNIVERSO Y MUESTRA

6.3.1. UNIVERSO

La población de estudio estuvo conformada por el equipo quirúrgico que trabaja en el HAIG Obrero N°1, de los diferentes turnos (mañana, tarde y noche A y B y

urgencias quirúrgicas), es decir, 54 Cirujanos Generales, Vasculares, Torácicos, Urología, Traumatología, Neurología, Cirujanos Plásticos, Cirujanos Maxilofaciales. 26 anestesiólogos, 42 Instrumentadoras. Siendo un total de 122 personas.

6.3.2. MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 87 personas del equipo quirúrgico del HAIG Obrero N°1.

6.3.3. MÉTODOS Y TÉCNICAS

En el presente estudio, se utilizó el método de muestreo no probabilístico, basado en criterios de inclusión y exclusión.

6.3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Encuesta CAP para saber el grado de conocimiento, la actitud y práctica del grupo seleccionado.

6.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Personal con ITEM.

Personal que desee participar de la investigación.

6.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Personal de vacaciones.

Personal que no desea participar del estudio.

Personal que se encuentra con baja por COVID 19 u otra enfermedad.

Personal eventual (CONTRATO).

6.6. LISTADO DE VARIABLES

Con base en la encuesta CAP, se tomaron en cuenta las siguientes variables:

1. El paciente confirma su identidad, sitio quirúrgico, procedimiento a realizar y consentimiento informado.
2. Demarcación del sitio quirúrgico.
3. Control de la seguridad de la anestesia.
4. Pulsioxímetro colocado y funcionando.
5. El paciente tiene alergias conocidas.
6. Vía aérea difícil/Riesgos de aspiración.
7. Riesgo de hemorragia.
8. Presentación del equipo, por nombre y función.
9. Equipo confirma identidad del paciente, sitio quirúrgico y nombre del procedimiento.
10. Prevención de eventos críticos, por cirujano, instrumentadora y anestesiólogo.
11. Confirmar la esterilidad del instrumental y el funcionamiento de los equipos.
12. . Administración de profilaxis antibiótica.
13. Visualización de las imágenes diagnósticas.
14. Cirujano, Anestesiólogo e Instrumentadora confirman verbalmente el procedimiento realizado.
15. Recuento de instrumental gasas y agujas.
16. Etiquetado de muestras.
17. Problemas que resolver con el instrumental y equipos.
18. Aspectos críticos de la recuperación y tratamiento del paciente.

6.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

La operacionalización se realizó de acuerdo a los objetivos planteados

CUADRO N°1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

SOCIODEMOGRAFÍA				
VARIABLE	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR	ESCALA
Edad	Porcentaje por grupo etario.	Años cumplidos.	Numérico	Continua
Sexo	Porcentaje por sexo.	Género al que pertenecen.	Masculino Femenino	Nominal
Procedencia	Porcentaje por procedencia.	Lugar donde procede la persona.	Urbano Rural	Nominal
Ocupación	Porcentaje por ocupación.	Tipo de trabajo que desempeña.	Cirujano Anestesiólogo Instrumentadora Circulante (Auxiliar enfermera/o)	Nominal
Antigüedad en el cargo que desempeña.	Porcentaje por antigüedad en el campo que desempeña.	Desde cuando desempeña el cargo hasta la fecha de la encuesta.	1 a 10 años 11 a 20 años Más de 21 años	Ordinal
Antigüedad de tiempo laboral.	Porcentaje por antigüedad de tiempo laboral.	Desde cuando trabaja hasta la fecha de la encuesta.	1 a 10 años 11 a 20 años Más de 21 años	Continua

DIMENSIÓN “ENTRADA” DEL CONOCIMIENTO SEGÚN LA ENCUESTA CAP

Variable	Indicador	Definición operacional	Valor	Escala
El paciente ha confirmado su Identificación, sitio quirúrgico, procedimiento a realizar y consentimiento informado.	Porcentaje según respuesta.	Conocimiento de la lista de cirugía segura antes de la inducción de la anestesia.	Entrada Pausa Salida.	Nominal .
Marcado del sitio quirúrgico.	Porcentaje según respuesta.	Conocimiento de la lista de cirugía segura antes de la inducción de la anestesia.	Entrada Pausa Salida.	Nominal .

Control del equipo de la seguridad de la anestesia.	Porcentaje según respuesta.	Conocimiento de la lista de cirugía segura antes de la inducción de la anestesia.	Entrada. Pausa. Salida.	Nominal .
Colocación del pulsioxímetro.	Porcentaje según respuesta.	Conocimiento de la lista de cirugía segura antes de la inducción de la anestesia.	Entrada. Pausa. Salida.	Nominal .
Hay alergias conocidas.	Porcentaje según respuesta.	Conocimiento de la lista de cirugía segura antes de la inducción de la anestesia.	Entrada. Pausa. Salida.	Nominal .
Vía aérea/ riesgo de aspiración.	Porcentaje según respuesta.	Conocimiento de la lista de cirugía segura antes de la inducción de la anestesia.	Entrada. Pausa. Salida.	Nominal .
Riesgo de hemorragia.	Porcentaje según respuesta.	Conocimiento de la lista de cirugía segura antes de la inducción de la anestesia.	Entrada. Pausa. Salida.	Nominal .
DIMENSIÓN “PAUSA” DEL CONOCIMIENTO SEGÚN LA ENCUESTA CAP				
Variable	Indicador	Definición Operacional	Valor	Escala
Presentación del equipo de trabajo por nombre y función.	Porcentaje según respuesta.	Conocimiento de la lista de cirugía segura antes de la incisión quirúrgica.	Entrada. Pausa. Salida.	Nominal .
El equipo confirma identidad del paciente sitio quirúrgico y procedimiento.	Porcentaje según respuesta.	Conocimiento de la lista de cirugía segura antes de la incisión quirúrgica.	Entrada. Pausa. Salida.	Nominal .
Previsión de eventos críticos por cirujano, anestesista y enfermera.	Porcentaje según respuesta.	Conocimiento de la lista de cirugía segura antes de la incisión quirúrgica.	Entrada. Pausa. Salida.	Nominal .
Control de la esterilidad de los instrumentales y el funcionamiento de los equipos.	Porcentaje según respuesta.	Conocimiento de la lista de cirugía segura antes de la incisión quirúrgica.	Entrada. Pausa. Salida.	Nominal .
Profilaxis antibiótica.	Porcentaje según respuesta.	Conocimiento de la lista de cirugía segura antes de la incisión quirúrgica.	Entrada. Pausa. Salida.	Nominal .
Imágenes diagnósticas.	Porcentaje según respuesta.	Conocimiento de la lista de cirugía segura antes de la incisión quirúrgica.	Entrada. Pausa. Salida.	Nominal .

DIMENSIÓN “SALIDA” DEL CONOCIMIENTO SEGÚN LA ENCUESTA CAP				
Variable	Indicador	Definición operacional	Valor	Escala
Equipo confirma verbalmente procedimiento realizado.	Porcentaje según respuesta.	Conocimiento de la LVCS antes de la salida del paciente.	Entrada. Pausa. Salida.	Nominal .
Recuento del instrumental, gasas y agujas.	Porcentaje según respuesta.	Conocimiento de la LVCS antes de la salida del paciente.	Entrada. Pausa. Salida.	Nominal .
Etiquetado de muestras.	Porcentaje según respuesta.	Conocimiento de la LVCS antes de la salida del paciente.	Entrada. Pausa. Salida.	Nominal .
Problemas qué resolver con el instrumental y equipos.	Porcentaje según respuesta.	Conocimiento de la LVCS antes de la salida del paciente.	Entrada. Pausa. Salida.	Nominal .
Principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente.	Porcentaje según respuesta.	Conocimiento de la LVCS antes de la salida del paciente.	Entrada. Pausa. Salida.	Nominal .
DIMENSIÓN “ENTRADA” DE LA ACTITUD Y DISPONIBILIDAD SEGÚN LA ENCUESTA CAP				
Variable	Indicador	Definición operacional	Valor	Escala
Está dispuesto a: Paciente confirmar su identidad, sitio quirúrgico, procedimiento a realizar, consentimiento informado.	Porcentaje según respuesta.	Actitudes sobre el conocimiento de la LVCS.	Sí No	Nominal
Demarcación del sitio quirúrgico.	Porcentaje según respuesta.	Actitudes sobre el conocimiento de la LVCS.	Sí No	Nominal
Control de la seguridad de la anestesia.	Porcentaje según respuesta.	Actitudes sobre el conocimiento de la LVCS.	Sí No	Nominal
Colocación del Pulsioxímetro.	Porcentaje según respuesta	Actitudes sobre el conocimiento de la LVCS.	Sí No	Nominal
Alergias conocidas.	Porcentaje según respuesta.	Actitudes sobre el conocimiento de la LVCS.	Sí no	Nominal
Vía aérea/ riesgo de aspiración.	Porcentaje según respuesta	Actitudes sobre el conocimiento de la LVCS.	Sí No	Nominal
Riesgo de hemorragia.	Porcentaje según respuesta.	Actitudes sobre el conocimiento de la LVCS.	Sí No	Nominal

DIMENSIÓN “PAUSA” DE LA ACTITUD Y DISPONIBILIDAD SEGÚN LA ENCUESTA CAP

Variable	Indicador	Definición operacional	Valor	Escala
Presentación del equipo de trabajo por nombre y función.	Porcentaje según respuesta.	Actitudes sobre el conocimiento de LVCS.	Sí No	Nominal
Equipo confirma identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento	Porcentaje según respuesta.	Actitudes sobre el conocimiento de la LVCS.	Sí No	Nominal
Previsión de eventos críticos: por cirujano, anesthesiólogo y enfermera.	Porcentaje según respuesta.	Actitudes sobre el conocimiento de la LVCS.	Sí No	Nominal
Control de la esterilidad del instrumental y funcionamiento de los equipos.	Porcentaje según respuesta.	Actitudes sobre el conocimiento de la LVCS.	Sí No	Nominal
Profilaxis antibiótica.	Porcentaje según respuesta	Actitudes sobre la aplicación de LVCS.	Sí No	Nominal
Imágenes diagnósticas.	Porcentaje según respuesta.	Actitudes sobre el conocimiento de la LVCS.	Sí No	Nominal

DIMENSIÓN “SALIDA” DE LA ACTITUD Y DISPONIBILIDAD SEGÚN LA ENCUESTA CAP

Variable	Indicador	Definición operacional	Valor	Escala
Confirmación verbal sobre el procedimiento realizado.	Porcentaje según respuesta.	Actitudes sobre el conocimiento de LVCS.	Sí No	Nominal
Recuento del material e instrumental, gases y agujas.	Porcentaje según respuesta.	Actitudes sobre el conocimiento de LVCS.	Sí No	Nominal
Etiquetado de muestras.	Porcentaje según respuesta.	Actitudes sobre el conocimiento de la LVCS.	Sí No	Nominal
Problemas qué resolver con el instrumental y equipos.	Porcentaje según respuesta.	Actitudes sobre el conocimiento de la LVCS.	Sí No	Nominal
Principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente.	Porcentaje según respuesta.	Actitudes sobre el conocimiento de la LVCS.	Sí No	Nominal

DIMENSIÓN “ENTRADA” DE LA PRACTICA SEGÚN LA ENCUESTA CAP				
Variable	Indicador	Definición operacional	Valor	Escala
El paciente confirma su identidad, sitio quirúrgico, procedimiento a realizar y consentimiento informado.	Porcentaje según respuesta.	Se efectúa la práctica de la cirugía segura.	Sí No	Nominal
Demarcación del sitio quirúrgico.	Porcentaje según respuesta.	Se efectúa la práctica de la cirugía segura.	Sí No	Nominal
Control de la seguridad de la anestesia.	Porcentaje según respuesta.	Se efectúa la práctica de la cirugía segura.	Sí No	Nominal
Colocación del pulsioxímetro.	Porcentaje según respuesta.	Se efectúa la práctica de la cirugía segura.	Sí No	Nominal
Alergias conocidas.	Porcentaje según respuesta.	Se efectúa la práctica de la cirugía segura.	Sí No	Nominal
Vía aérea difícil/ riesgo de aspiración.	Porcentaje según respuesta.	Se efectúa la práctica de la cirugía segura.	Sí No	Nominal
Riesgo de hemorragia.	Porcentaje según respuesta.	Se efectúa la práctica de la cirugía segura.	Sí No	Nominal
DIMENSIÓN “PAUSA” DE LA PRACTICA SEGÚN LA ENCUESTA CAP				
Variable	Indicador	Definición operacional	Valor	Escala
Presentación del equipo de trabajo por nombre y función.	Porcentaje según respuesta.	Se efectúa la práctica de la lista de cirugía segura.	Sí No	Nominal
El equipo confirma identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento.	Porcentaje según respuesta.	Se efectúa la práctica de la lista de cirugía segura.	Sí No	Nominal
Previsión de eventos críticos por: Cirujano Anestesiista y Enfermera.	Porcentaje según respuesta.	Se efectúa la práctica de la lista de cirugía segura.	Sí No	Nominal
Se confirma la esterilidad de los instrumentales y control de los equipos.	Porcentaje según respuesta.	Se efectúa la práctica de la lista de cirugía segura.	Sí No	Nominal
Profilaxis antibiótica.	Porcentaje según respuesta.	Se efectúa la práctica de la lista de cirugía segura.	Sí No	Nominal
Imágenes diagnósticas.	Porcentaje según respuesta.	Se efectúa la práctica de la lista de cirugía segura.	Sí No	Nominal

DIMENSIÓN “SALIDA” DE LA PRACTICA SEGÚN LA ENCUESTA CAP				
Variable	Indicador	Definición operacional	Valor	Escala
El equipo Confirma verbalmente el procedimiento realizado.	Porcentaje según respuesta.	Se efectúa la práctica de la lista de cirugía segura.	Sí No	Nominal
Recuento del material e instrumental, gases y agujas.	Porcentaje según respuesta.	Se efectúa la práctica de la lista de cirugía segura.	Sí No	Nominal
Etiquetado de muestras.	Porcentaje según respuesta.	Se efectúa la práctica de la lista de cirugía segura.	Sí No	Nominal
Problemas que resolver con el instrumental y equipos.	Porcentaje según respuesta.	Se efectúa la práctica de la lista de cirugía segura.	Sí No	Nominal
Principales aspectos de la recuperación y tratamiento del paciente.	Porcentaje según respuesta.	Se efectúa la práctica de la lista de cirugía segura.	Sí No	Nominal

Fuente: Elaboración Propia 2021

6.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la elaboración del presente trabajo de investigación (tesis) se enviaron solicitudes de permiso a diferentes instancias pertinentes. Primeramente, se envió una carta al Dr. Nataniel Claros, Coordinador de Bioética e Investigación, para solicitar autorización, la que fue aprobada para la realización de la investigación. De igual forma, se envió una carta a Lic. Elizabeth Luna jefa de Enfermeras HAIG Obrero N°1, a Lic. Amparo Velasco jefa de enfermeras Quirófanos HAIG Obrero N°1, a Lic. Marisabel Salas, Supervisora del HAIG Obrero N°1 y Coordinadora de Bioética e Investigación, solicitando permiso para el acceso a datos, información para la realización de la investigación, solicitud que fue aprobada (Anexo 2).

6.9. PROCESAMIENTO DE DATOS PARA RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN

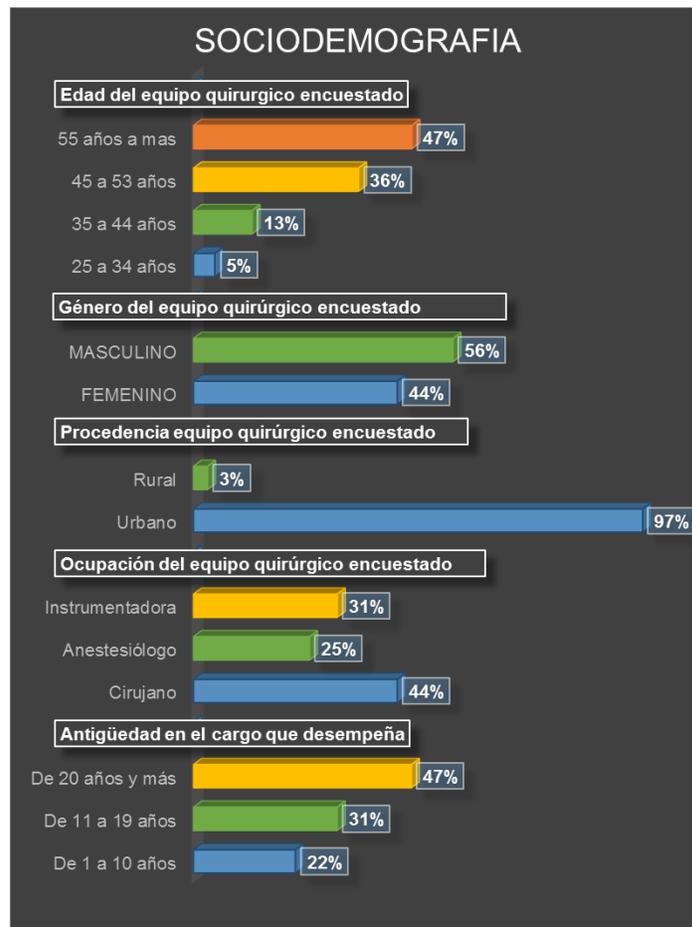
Para realizar el procedimiento de la información recopilada en estudio de campo, sobre la hoja de verificación, se ha seguido el siguiente procedimiento:

- Se realizó el trabajo de campo al equipo quirúrgico, considerando a las diferentes especialidades y turnos de trabajo.
- Se ha utilizado Microsoft Excel, para tabulación de datos de la encuesta realizada, clasificando de acuerdo a los objetivos específicos.
- Posteriormente se realizó las gráficas de las barras, considerando la naturaleza de las preguntas.
- Posteriormente, se hizo la respectiva interpretación.
- En el cuadro estadístico se utilizó variables estadísticas:

VII.- RESULTADOS

GRÁFICO N°1

SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN DEL ESTUDIO, HAIG OBRERO N°1 CAJA NACIONAL DE SALUD, LA PAZ, BOLIVIA, 2021



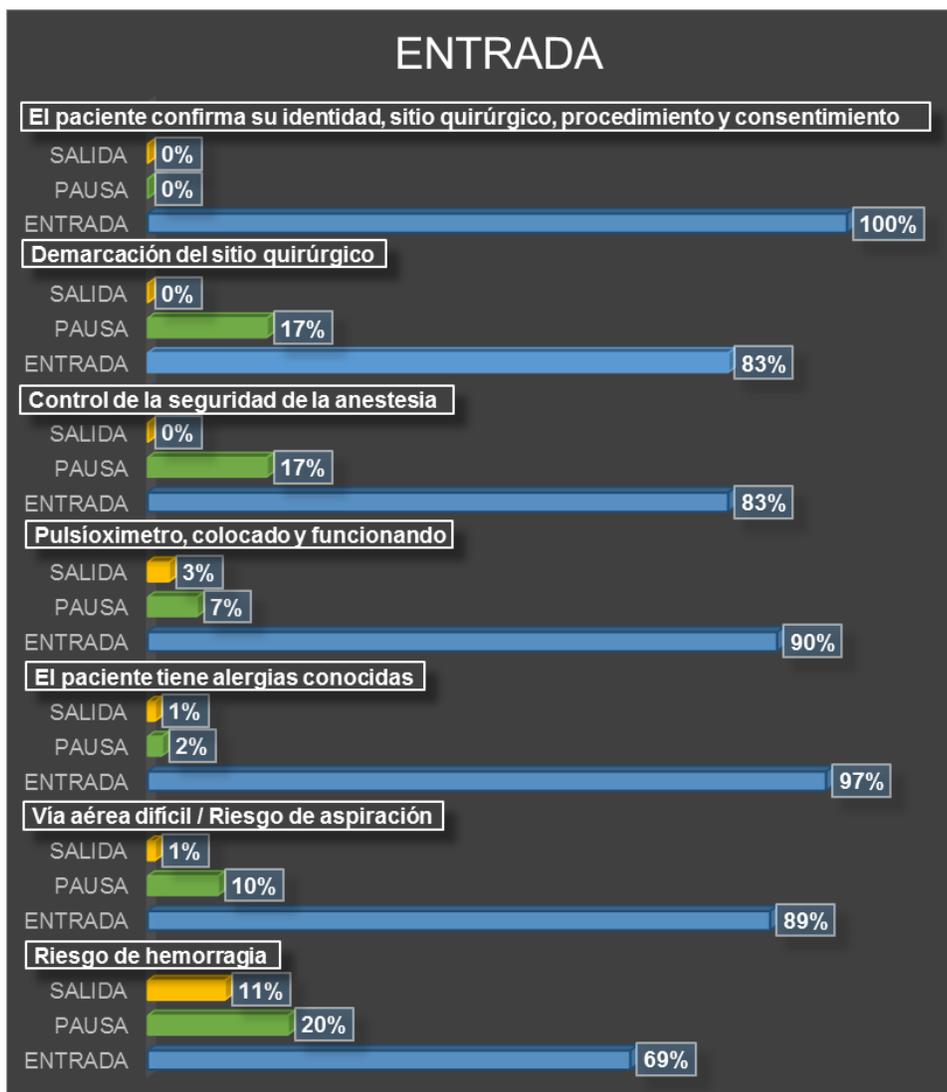
Fuente: Elaboración Propia. 2021

INTERPRETACIÓN

A partir de los datos obtenidos de la tabla, se observa que el HAIG Obrero N°1 cuenta con un personal de sexo masculino que provienen del área urbana, sin embargo, lo que más llama la atención es que el mayor porcentaje son cirujanos con más de 20 años de experiencia en el cargo que desempeñan, lo que es digno de valorar, rescatando su experiencia laboral dado que el hospital tiene una alta demanda de cirugías.

GRÁFICO N°2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO, SEGÚN LA ENCUESTA CAP, CONOCIMIENTO FASE ENTRADA, HAIG OBRERO N°1, CAJA NACIONAL DE SALUD, LA PAZ, BOLIVIA, 2021



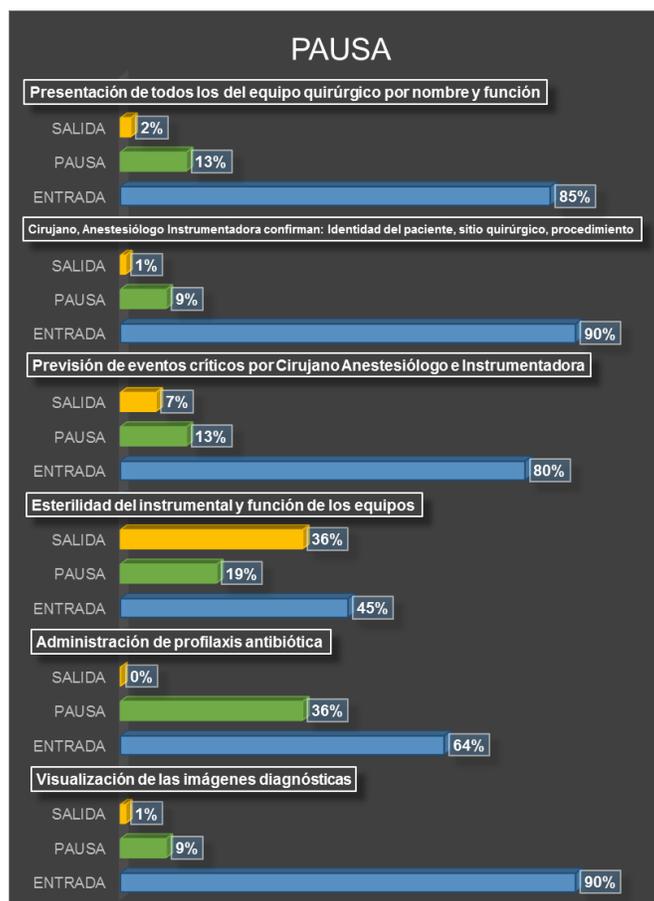
Fuente: Elaboración Propia. 2021

INTERPRETACIÓN

En la gráfica se puede observar que todo el equipo quirúrgico, conoce que las 7 actividades referidas en la gráfica, se los realiza en la etapa de la entrada, lo que es correcto, demostrándose de esta manera que en su mayoría el equipo quirúrgico si tiene conocimiento de la LVCS en la primera etapa.

GRÁFICO N°3

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO, SEGÚN LA ENCUESTA CAP, CONOCIMIENTO FASE PAUSA, HAIG OBRERO N°1, CAJA NACIONAL DE SALUD, LA PAZ, BOLIVIA, 2021



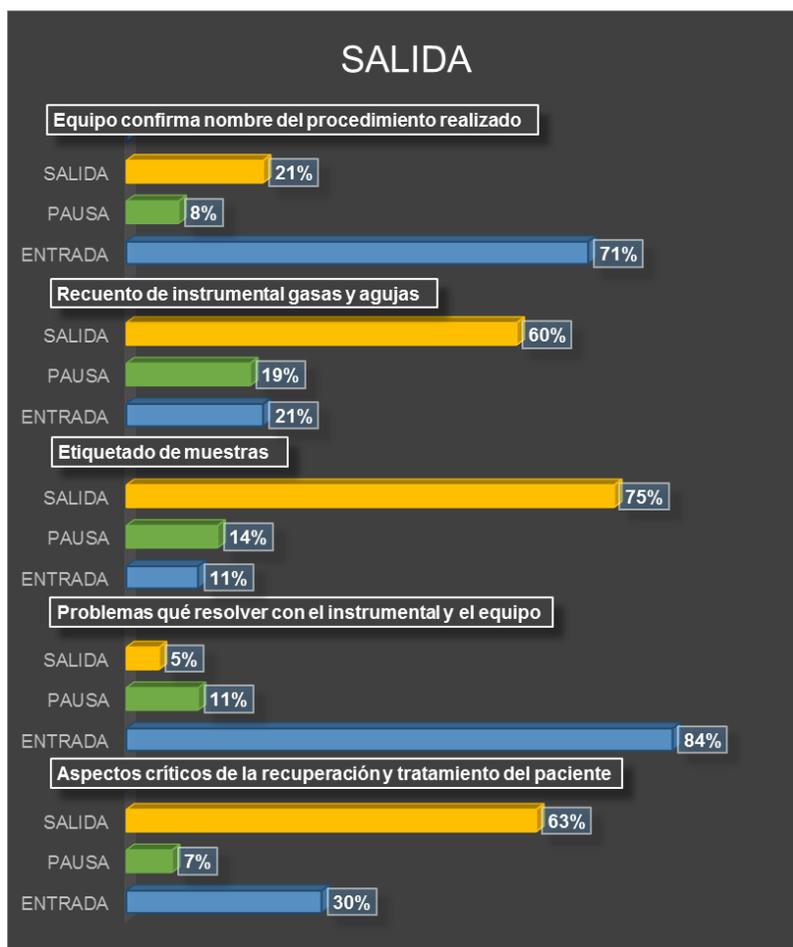
Fuente: Elaboración Propia. 2021

INTERPRETACIÓN

En la gráfica se puede observar que todo el equipo quirúrgico, conoce que, las 6 actividades referidas en la gráfica, se los realiza en la etapa de la entrada, lo que es incorrecto, según el manual de aplicación de la OMS, sobre la lista de verificación de la cirugía segura salva vidas, las mencionadas 6 actividades se las debe realizar en la etapa de la pausa. De tal manera se nota que existe la necesidad de unificar los conocimientos del equipo quirúrgico en relación a esta etapa.

GRÁFICO N°4

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO, SEGÚN LA ENCUESTA CAP, CONOCIMIENTO FASE SALIDA, HAIG OBRERO N°1, CAJA NACIONAL DE SALUD, LA PAZ, BOLIVIA, 2021



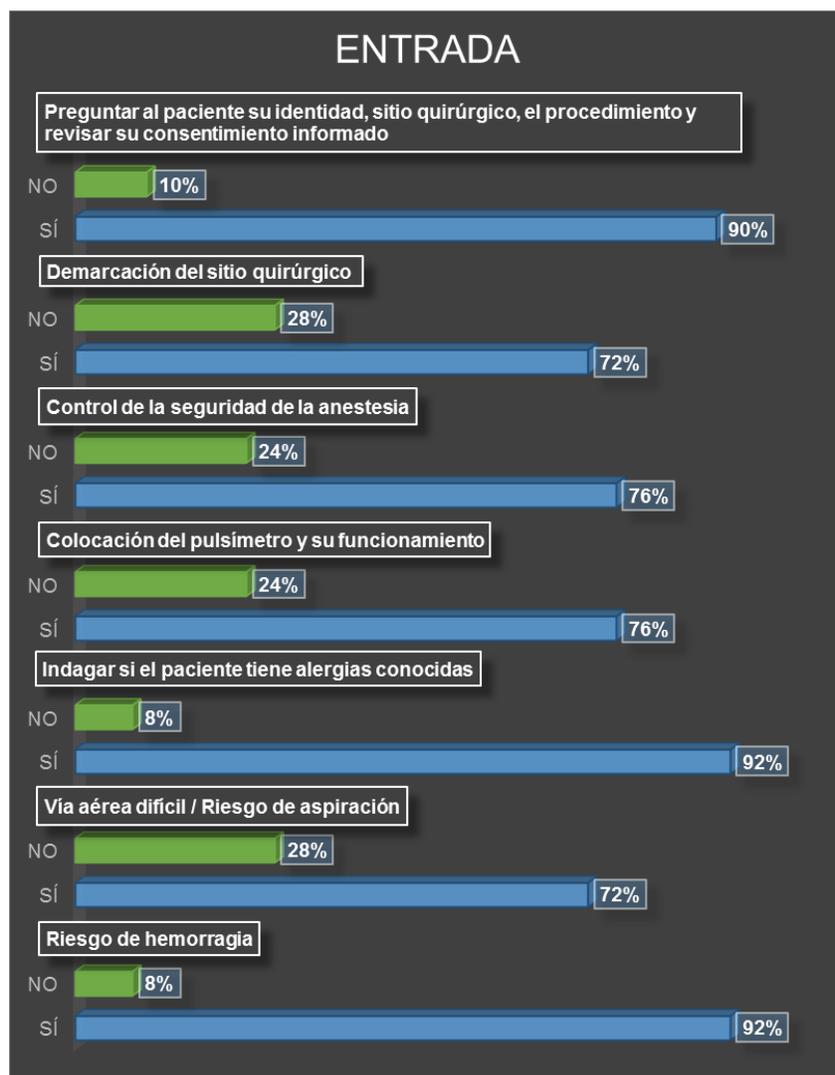
Fuente: Elaboración Propia. 2021

INTERPRETACIÓN

En la gráfica se puede observar que todo el equipo quirúrgico, conoce que 3 de las 5 actividades mencionadas en la gráfica se las realiza en la etapa de la salida, lo que es correcto y 2 de las 5 actividades se las realiza en la etapa de la entrada, lo que es incorrecto, porque estas actividades se las debe realizar en la etapa de la salida. De tal manera se nota que existe la necesidad de unificar los conocimientos del equipo quirúrgico en relación a esta etapa.

GRÁFICO N°5

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO, SEGÚN LA ENCUESTA CAP, ACTITUD FASE ENTRADA, HAIG OBRERO N°1, CAJA NACIONAL DE SALUD, LA PAZ, BOLIVIA, 2021



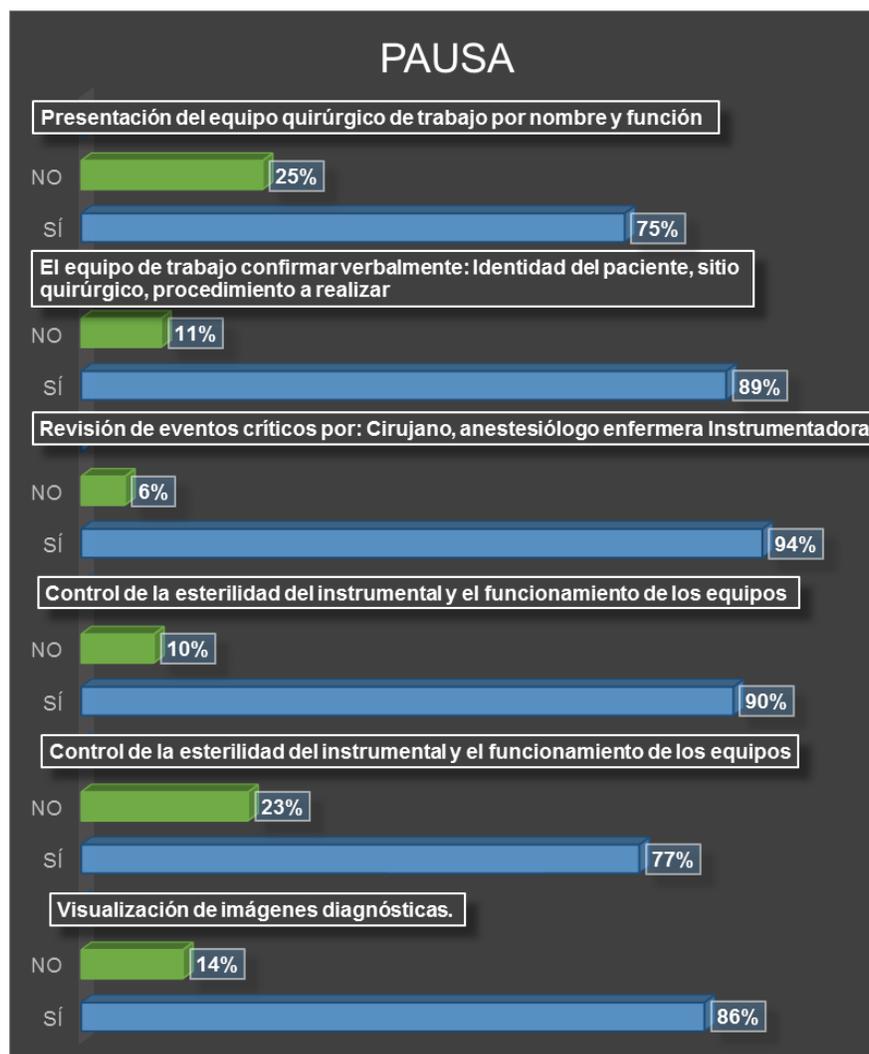
Fuente: Elaboración Propia. 2021

INTERPRETACIÓN

En la gráfica se puede observar que todo el equipo quirúrgico tiene buena actitud y disponibilidad para realizar estas 7 actividades en la etapa de la entrada. De tal forma este resultado es conveniente para poder mejorar más aun la cirugía segura en el HAIG Obrero N°1.

GRÁFICO N°6

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO, SEGÚN LA ENCUESTA CAP, ACTITUD FASE PAUSA, HAIG OBRERO N°1, CAJA NACIONAL DE SALUD, LA PAZ, BOLIVIA, 2021



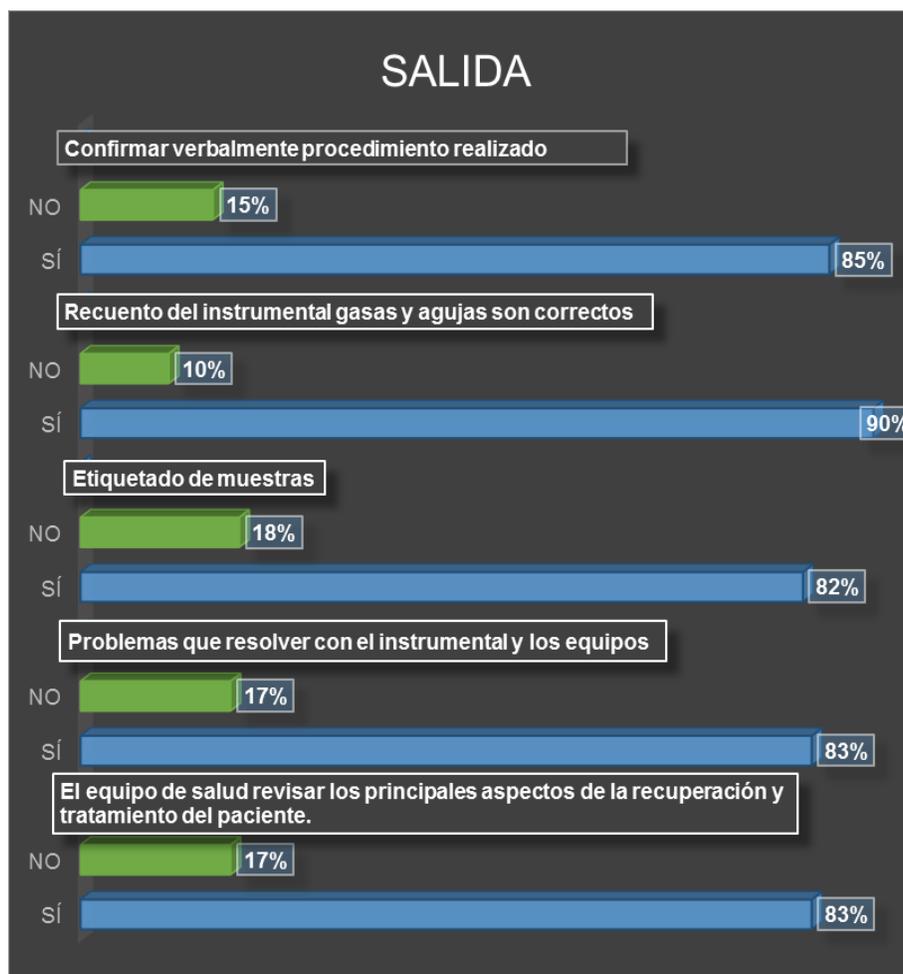
Fuente: Elaboración Propia. 2021

INTERPRETACIÓN

En la gráfica se puede observar que todo el equipo quirúrgico tiene buena actitud y disponibilidad para realizar estas 6 actividades en la etapa de la pausa. De tal forma este resultado es beneficioso para mejorar el fomento de una cultura de seguridad en el ambiente quirúrgico del HAIG Obrero N°1.

GRÁFICO N°7

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO, SEGÚN LA ENCUESTA CAP, ACTITUD FASE SALIDA, HAIG OBRERO N°1, CAJA NACIONAL DE SALUD, LA PAZ, BOLIVIA, 2021



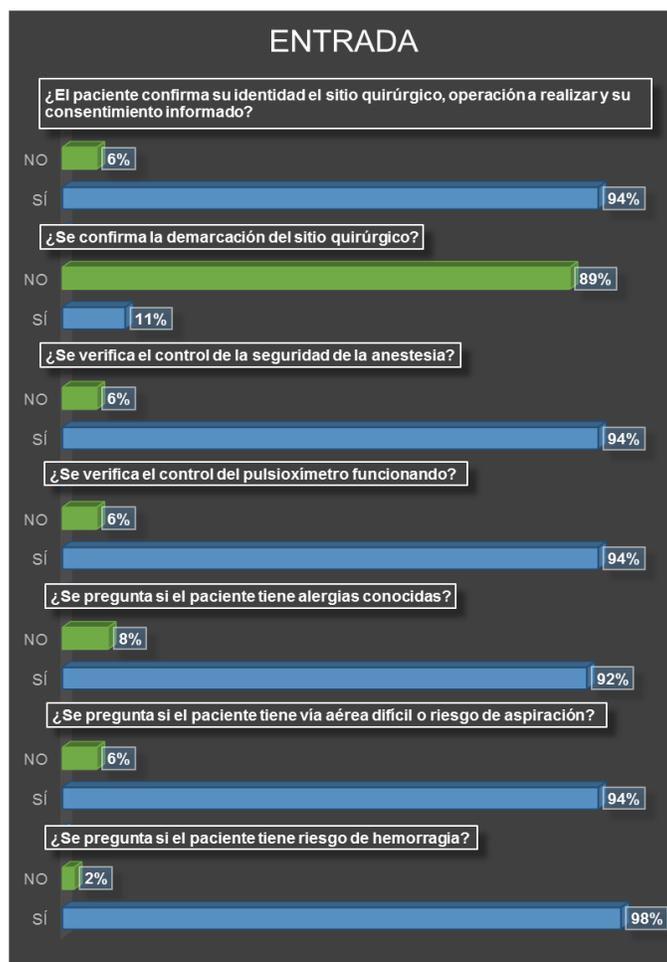
Fuente: Elaboración Propia. 2021

INTERPRETACIÓN

En la gráfica se puede observar que todo el equipo quirúrgico tiene buena actitud y disponibilidad para realizar estas 5 actividades en la etapa de la salida. De esta manera se observa que los resultados obtenidos son una fortaleza que el equipo quirúrgico tiene a favor del paciente para mejorar la cirugía segura en el ambiente quirúrgico del HAIG Obrero N°1.

GRÁFICO N°8

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO, SEGÚN LA ENCUESTA CAP, PRACTICA FASE ENTRADA, HAIG OBRERO N°1, CAJA NACIONAL DE SALUD, LA PAZ, BOLIVIA, 2021



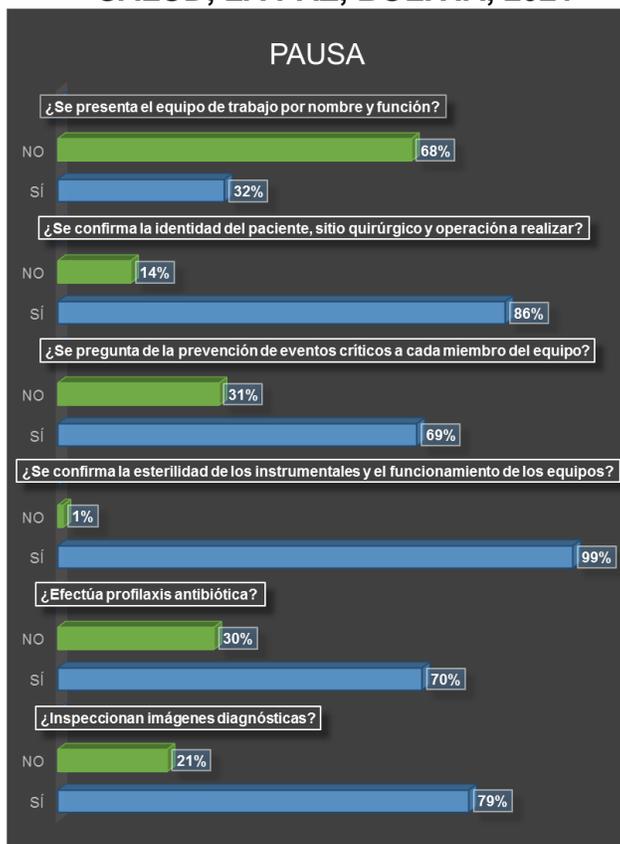
Fuente: Elaboración Propia. 2021

INTERPRETACIÓN

La gráfica muestra que todo el equipo quirúrgico según las encuestas realizadas, 6 de las 7 actividades referidas en la gráfica, sí se realizan en la práctica, en la etapa de la entrada y una actividad no se la realiza con un 89%, es decir no se realiza la demarcación del sitio quirúrgico. De tal manera este punto es menester tomarlo en cuenta y unificar criterios con el equipo quirúrgico con el fin de reducir el posible riesgo de no brindar una cirugía segura al paciente.

GRÁFICO N°9

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO, SEGÚN LA ENCUESTA CAP, PRACTICA FASE PAUSA, HAIG OBRERO N°1, CAJA NACIONAL DE SALUD, LA PAZ, BOLIVIA, 2021



Fuente: Elaboración Propia. 2021

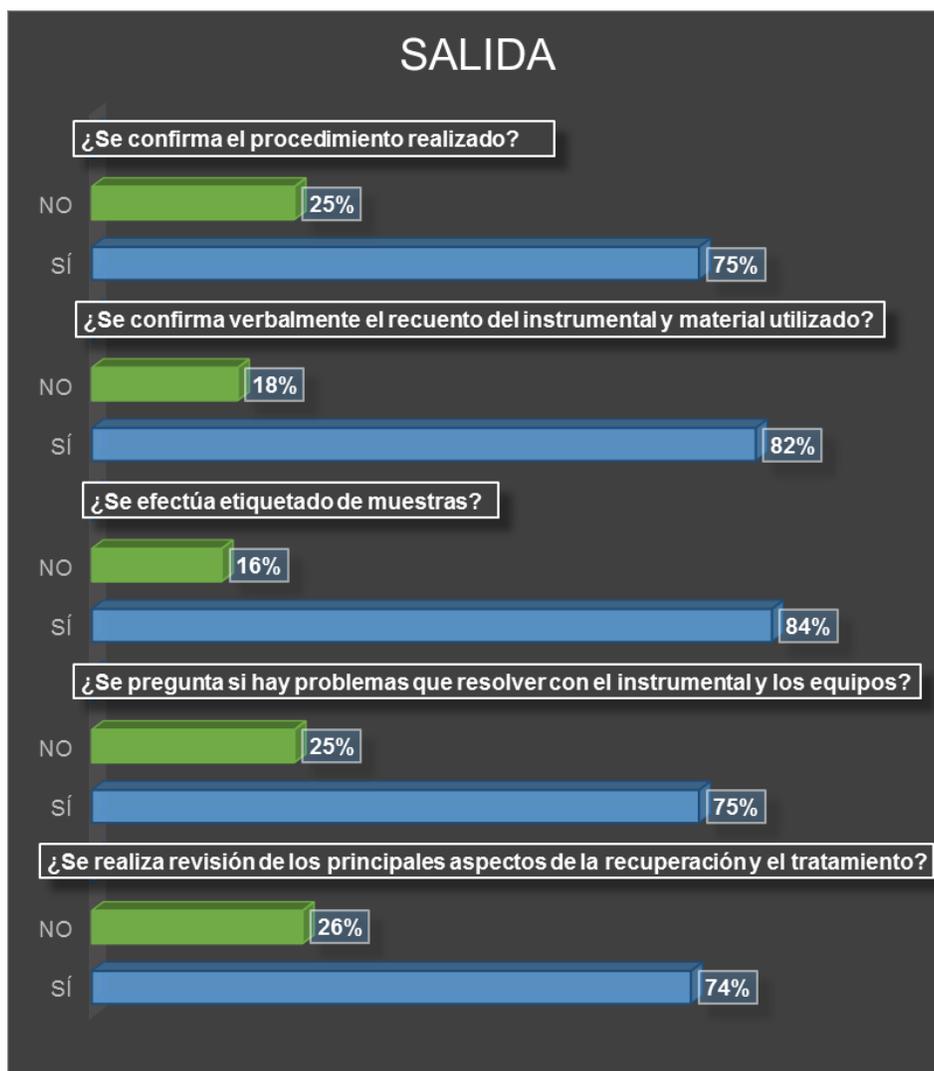
INTERPRETACIÓN

La grafica muestra que todo el equipo quirúrgico según las encuestas realizadas, 5 de las 6 actividades, sí se realiza en la práctica, sin embargo, una actividad que es la presentación de todos por nombre y función, no se realiza en un 68% lo que no es positivo, sin embargo, en este punto se podría realizar cambios en coordinación con el equipo quirúrgico.

Es menester resaltar que en las 6 actividades se desconoce en qué fase se debe realizar como se muestra en la gráfica N°5 y por lo tanto se practica en la fase incorrecta.

GRÁFICO N°10

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO, SEGÚN LA ENCUESTA CAP, PRACTICA FASE SALIDA, HAIG OBRERO N°1, CAJA NACIONAL DE SALUD, LA PAZ, BOLIVIA, 2021



Fuente: Elaboración Propia. 2021

INTERPRETACIÓN

La gráfica muestra que en su mayoría el equipo quirúrgico, sí realizan la práctica de estas 5 actividades. Sin embargo, como se muestra en la Gráfica N°6, son 3 las actividades que se conocen y se practican correctamente y 2 actividades se desconocen cuándo realizarlas y por lo tanto se practican en la fase incorrecta.

7.1 CUADRO CONCLUSIVO SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LA LVCS

Problema	
¿Cómo será el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura, por el equipo quirúrgico, HAIG (Hospital de Atención Integral General) Obrero N°1 Caja Nacional de Salud 2021?	
Objetivo general	Conclusión
Determinar el conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura por parte del equipo quirúrgico, Hospital de Atención Integral general Obrero N° 1 Caja Nacional de Salud, 2021.	El equipo quirúrgico, sí tiene un conocimiento medio de la aplicación de la LVCS.
Objetivos específicos	Conclusión
Analizar las actitudes ante la Lista de Verificación de Cirugía.	La actitud del equipo quirúrgico es positiva y por lo tanto una fortaleza que ayudara a mejorar la cirugía segura.
Identificar las prácticas ante la Lista de Verificación de Cirugía Segura.	En la práctica 2 de las 18 variables no se las practica, por lo que es menester realizar un acuerdo común con el equipo quirúrgico en este sentido.
Proponer la utilización correcta de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.	Se requiere corregir y mejorar mediante educación, el mejor uso de esta herramienta que es la LVCS. Y se realiza la propuesta al caso.

Fuente: Elaboración Propia. 2021

VIII.- DISCUSIÓN

La presente investigación acerca del cumplimiento de la LVCS al equipo quirúrgico en el HAIG Obrero No1 se realiza con base en disposiciones emitidas por la OMS en su manual de verificación de seguridad de la cirugía / el programa La Cirugía Segura Salva Vidas, que señala que se realiza esfuerzos para reducir el número de defunciones de origen quirúrgico en todo el planeta pretendiendo abordar importantes cuestiones de seguridad, como inadecuadas prácticas de seguridad en la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables y la escasa comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico, comprobándose que estos problemas son habituales y que se podrían evitar en todos los países y entornos.

La OMS indica también que la lista está pensada como una herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de defunciones quirúrgicas innecesarias. Se ha demostrado que su uso se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales y entornos y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básicas.

Fue esta la motivación con relación al HAIG Obrero N°1, nosocomio de tercer nivel y de referencia nacional en La Paz Bolivia, así como también se investiga que en muchos otros países se realizan numerosos estudios respecto a esta situación tan importante para el paciente en el área quirúrgica como se menciona a continuación.

Esta reflexión coincide con la tesis de García (2018) “Conocimientos y actitudes y prácticas en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el Hospital Nacional de Jiquilisco, departamento de Usulután El Salvador” con el objetivo de valorar los conocimientos actitudes y prácticas en la aplicación de la LVCS en su Hospital utilizando el estudio de este tipo CAP. Las conclusiones a la que llegó fueron que, de los 23 participantes, la mayoría tiene actitud positiva

para su aplicación; pero hay un menor número el cual es significativo y preocupante que no conoce y no está dispuesto a realizar su aplicación, esto afecta la seguridad de la intervención quirúrgica y pone en riesgo la vida del paciente” (6).

Así también se cuenta con la tesina realizada por Mejía Villanueva y Terrazas 2017 “Impacto de una intervención educativa en el cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el área Quirúrgica del I.S.S.S.T.E Acapulco, con el objetivo de Determinar el Impacto de una intervención educativa en el cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el área quirúrgica, estudio de tipo cuantitativo transversal y de diseño cuasi experimental, el universo de estudio fueron Intervenciones quirúrgicas realizadas por el personal profesional del quirófano (cirujano, anestesiólogo y enfermeras) del Hospital ISSSTE Acapulco, Resultados: Se encontró que antes de la intervención educativa el porcentaje del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura fue del 46.43%. Después de la intervención se encontró un incremento del porcentaje del cumplimiento, incrementando hasta un 75.00%, incrementando un 28.57% el cumplimiento, siendo la conclusión que la intervención educativa en el cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura si tuvo impacto. Por tanto, se alcanzó el objetivo propuesto (42).

Así también Auiza P. 2021 en su Documentos Técnico Normativos Dirección Técnica de Fiscalización y Control de Servicios de Salud que habla de las “buenas prácticas para la seguridad del paciente cirugía segura en el lugar y lado correcto, con el procedimiento correcto en establecimientos de salud de la seguridad social de corto plazo. “Con el objetivo de Estandarizar las medidas de prevención en la cirugía para disminuir los errores en el ingreso y durante el acto quirúrgico. Las investigaciones recientes sugieren que aproximadamente 75 millones de pacientes experimentarán una complicación posoperatoria, lo que provocará dos millones de muertes cada año. Los eventos adversos prevenibles son costosos tanto en términos humanos como financieros.

La incidencia de eventos adversos intrahospitalarios es de aproximadamente el 10% y la mayoría de ellos están relacionados con la cirugía, y casi la mitad de ellos se consideran eventos prevenibles. De tal forma la realización de un conjunto simple y eficiente de controles prioritarios para mejorar la eficacia del trabajo en equipo y la comunicación, como protocolos, interrelación del equipo quirúrgico, enfatización de la cultura de seguridad y otros que son también en beneficio del paciente en esta área (43).

En tal sentido, bajo lo referido anteriormente al igual que las distintas investigaciones, en el HAIG Obrero N°1 se determina que el equipo quirúrgico requiere corregir o mejorar su conocimiento y manejo de la LVCS, también se advierte que posterior a una intervención educativa o de concientización sí, existe buena respuesta y disposición a mejorar problemas que obstaculizan a una cirugía segura. al igual que en la práctica. Sin embargo, es una fortaleza la actitud / disponibilidad que el equipo quirúrgico tiene para trabajar con la LVCS y la cirugía segura en el hospital.

Es menester mencionar que durante el proceso de la investigación de la cirugía segura – LVCS en el HAIG Obrero No1, se observó que existen falencias en cuanto al conocimiento, punto central de esta investigación como ser:

- En el conocimiento primera fase (entrada) antes de la inducción de la anestesia que, tanto en los registros como en la práctica, en su mayoría no se practica la demarcación del sitio quirúrgico.
- En el conocimiento segunda fase (pausa) antes de la incisión quirúrgica la investigación indica que la mayor parte del equipo quirúrgico realiza el registro de actividades que corresponden realizarlo en la segunda fase, este registro es realizado con tendencia como si fuera en la primera fase. También no, se observan registros en la LVCS de previsión de accidentes críticos (riesgo de hemorragias, inestabilidad hemodinámica, enfermedad cardíaca, etc.) propios a realizar en esta segunda fase, al mismo tiempo el

- equipo quirúrgico no, se presenta por nombre y función, no se realiza la confirmación del nombre del paciente, sitio quirúrgico, procedimiento a realizar, lo que corresponde a esta fase.
- En el conocimiento tercera fase (salida) antes de que el paciente salga a recuperación, se observa que no existen registros de problemas que resolver (fallos del instrumental, del funcionamiento de los equipos como electrobisturí pedal u otros o falta de insumos como suturas medicamentos-anestésicos, etc.) ver anexo N° 10.

IX.- CONCLUSIONES

Se concluye que el equipo quirúrgico del HAIG Obrero N°1 según su conocimiento de la LVCS, los datos obtenidos de la presente investigación son que:

- En la primera fase de la entrada (antes de la inducción de la anestesia, el equipo quirúrgico en su mayoría conoce que estas actividades se realizan en la entrada como se demuestra en la gráfica N°2 de tal forma se concluye que es correcta la respuesta del equipo en esta fase.
- En la segunda fase de la pausa (antes de la incisión quirúrgica) el equipo quirúrgico en su mayoría conoce que estas actividades se las realiza en la entrada según el grafica N°3 de tal forma se concluye que es incorrecta la respuesta del equipo en esta fase.
- En la tercera fase de la salida (antes de que el paciente salga a recuperación) el equipo quirúrgico conoce que en tres momentos se realiza estas actividades es esta etapa lo que es correcto, sin embargo, en dos momentos conoce que se realizan estas actividades en la entrada lo que es incorrecto concluyéndose de esta manera que tiene un conocimiento medio en esta etapa, como se observa en la gráfica N°4
- La conclusión en relación a definir cómo es la actitud/disponibilidad del equipo quirúrgico con la LVCS se revela que una mayoría tiene actitud positiva y está dispuesta a trabajar con la LVCS, como se muestra en os cuadros N°5, N°6, N°7.
- La conclusión con relación a la práctica, según las encuestas realizadas, 2 de las 18 variables no se las practica (Demarcación del sitio quirúrgico y presentación del equipo quirúrgico por nombre y función) como se lo demuestra en los gráficos N°8, N°9 .
- La conclusión con relaciona la utilización de a LVCS por el equipo quirúrgico, es que este personal, sí, requiere mejorar más aun la utilización de la LVCS,

al mismo tiempo mejorando igualmente el conocimiento de las actividades de la LVC en sus diferentes fases y ponerlos en práctica.

En resumen, se concluye que el equipo quirúrgico tiene un conocimiento medio en cuanto a las 18 actividades de la LVCS que se deben realizar en las diferentes fases, su actitud y disponibilidad para trabajar con la LVCS es positivos, lo que es una fortaleza en pro de una cirugía segura, así poder lograr una correcta utilización de la LVCS en esta práctica.

X.- RECOMENDACIONES

Al departamento de Cirugía, anestesiología y enfermería quirúrgica:

- Jefatura de Cirujanos, jefatura de anesthesiólogos y jefatura de enfermería quirófanos realizar reuniones periódicas, utilizando los resultados de la presente investigación y análisis de los mismos y subsanar los datos críticos, con el objetivo de brindar mayor calidad de atención al paciente en el área quirúrgica.
- Se recomienda desarrollar y trabajar para incrementar el conocimiento con relación al formulario de cirugía segura, es decir las 18 actividades en sus tres diferentes fases y su utilidad para la mejor atención del paciente en quirófanos, tomando en cuenta la actitud y disponibilidad positiva que el equipo quirúrgico tiene para trabajar con la LVCS y realizar nuevos seminarios, simulacros de la cirugía segura, de esta manera hasta lograr una práctica que brinde al paciente una cirugía segura.

A la Institución Caja nacional de Salud y coordinadores de bioética e investigación:

- Hacer seguimiento y evaluación al equipo quirúrgico con relación a la utilización correcta en el uso de la LVCS con el comité correspondiente al caso periódicamente. Por ejemplo, cada mes, cada dos meses y así hasta crear una cultura de la seguridad del paciente quirúrgico permanente utilizando la propuesta de la presente investigación de la LVCS.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Romero Á, Pérez Villaseca A, Ramírez de la Cruz V. Medicina y salud. [Online]; 2019. Acceso 15 de agosto de 2021. Disponible en: <https://es.slideshare.net/seposada/estrategia-ciruga-segura-oms>.
2. ALIANZA MUNDIAL DE LA SALUD. LA CIRUGIA SEGURA SALVA VIDAS. [Online]; 2008. Acceso 20 de Septiembre de 2021. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70084/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf?sequence=1.
3. Souza Nieto ML, Spinardi , Marcon Dandolini , Borges da Silva , Tsumanuma F, Antunes Andrade , et al. Dificultades En La Implementación de un Protocolo de Cirugía Segura en Sudamérica: Una Revisión Sistemática. [Online]; 2022. Acceso 14 de noviembre de 2021. Disponible en: <https://www.itmedicalteam.pl/articles/dificultades-en-la-implementacion-de-un-protocolo-de-cirugia-segura-en-sudamerica-una-revision-sistematica.pdf>.
4. Peña Negrete M. Lista de verificación de cirugía segura en la previsión de eventos adversos quirúrgicos de un Hospital de Milagro, 2022. [Online]; 2023. Acceso 15 de Mayo de 2023. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/107592/Pe%203%b1a_NRM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
5. Grau-Magaña M. Utilidad de los listados de verificación quirúrgica: efecto sobre las relaciones y comunicación en el equipo de trabajo, la morbi-mortalidad y la seguridad del paciente. [Online]; 2015. Acceso 17 de Septiembre de 2021. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/2806>.
6. García Jovel C. Conocimiento y actitudes y practicas en la aplicacion de la lista de verificacion de cirugia segura en el hospital nacional de Jiquilisco, departamento de Usulután, el Salvador. [Online]; 2018. Acceso 28 de

- Septiembrede 2021. Disponible en:
<https://repositorio.unan.edu.ni/10655/1/t1028.pdf>.
7. Fuentes Huamán. Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su relación con la aplicación del equipo quirúrgico del hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2018. [Online]; 2018. Acceso 18 de Diciembrede 2022. Disponible en:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/23992/Fuente_s_HL.pdf?sequence=1.
 8. Tapia Guillén JS. Relación entre el nivel de conocimiento y la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en el equipo quirúrgico del Hospital Policial de Arequipa, 2022. [Online]; 2022. Acceso 29 de Diciembrede 2022. Disponible en: <http://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/12336>.
 9. Lopez Sánchez A. GRADO DE CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA POR EL PERSONAL MÉDICO-QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL GENERAL BOCA DEL RÍO. [Online]; 2019. Acceso 8 de Juniode 2021. Disponible en:
<https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/51315/LopezSanchezEzequiel.pdf?sequence=1>.
 10. Ramos A, De Antón R, Guidi G, Delor SM, Lupica L, Fraiz V, et al. Implementación del listado de verificación preoperatorio de enfermería para cirugía segura. [Online]; 2020. Acceso 10 de Octumbrede 2021. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7778178>.
 11. Russo Fojo MdIC, Tizón-Bouza E, Pesado-Cartelle J. Evaluación del conocimiento de los profesionales sanitarios de quirófano sobre el listado de verificación quirúrgica en el área sanitaria de Ferrol. [Online]; 2021. Acceso 18 de Febrerde 2022. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2021000300006.

12. Universidad Federal de São Carlos. Lista de verificación de seguridad quirúrgica: conocimientos y desafíos para el equipo del centro quirúrgico. [Online]; 2020. Acceso 15 de Marzode 2021. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n38/1409-4568-enfermeria-38-75.pdf>.
13. López-Gavito E, Arroyo Aparicio Y, Zamora-Lizárraga AA, López Gavito AM. La implementacion de la lista de verificacion para una cirugia segura y su impacto en la morbimartalidad. [Online]; 2020. Acceso 24 de Noviembre de 2021. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992016000100012.
14. Pérez de Palleja M, Areco J, Noya B, Rodríguez M. Listas de chequeo: crisis en sala de operaciones. [Online]; 2017. Acceso 29 de Noviembre de 2021. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12732017000300002.
15. Ramírez M, Prada A, Guayán C, Patiño M. Utilización de listas de chequeo en cirugías programadas, Bogota, 2016. [Online]; 2017. Acceso 28 de Noviembre de 2021. Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/14>.
16. Hull L, Sevdalis N. El trabajo en equipo y la seguridad en cirugía. [Online]; 2015. Acceso 28 de Noviembre de 2021. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1951/195133064002.pdf>.
17. Palomino Sahuiña L, Machuca Quispe M, Munayco Mendieta JR. Relación entre aplicación y utilidad de la lista de verificacion de cirugía segura. [Online]; 2020. Acceso 29 de Noviembre de 2021. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000400005.

18. García CA, Contreras Mejía A, Hernández Vargas S, Sánchez Martínez D, Cuevas Cansino J, Barrera Gálvez R. El impacto del llenado de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía por parte del personal de enfermería y prevención de errores en el área de quirófano. [Online]; 2022. Acceso 30 de Abril de 2023. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/7529>.
19. Secretaria de Salud del gobierno Mexicano. Seguridad del paciente: prioridad del sector salud. [Online]; 2018. Acceso 27 de Enero de 2023. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-las-acciones-esenciales-para-la-seguridad-del-paciente?idiom=es>.
20. Pereira dos Santos SM, Bonato , Mota Silva. LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA: CONOCIMIENTO EL EQUIPO QUIRÚRGICO. [Online]; 2020. Acceso 3 de Agosto de 2022. Disponible en: <https://enfermfoco.org/es/article/lista-de-verificacion-de-cirurgia-segura-conocimiento-el-equipo-quirurgico/>.
21. Duarte A, Meneses C, Ruíz Gutiérrez R. Implementación de la lista de verificación para cirugía segura en una IPS de ortopedia en Bogotá. [Online]; 2019. Acceso 21 de Julio de 2022. Disponible en: <https://repositorio.fucsalud.edu.co/handle/001/1625>.
22. Lara C. Importancia de la pausa de seguridad quirúrgica. [Online]; 2018. Acceso 28 de Noviembre de 2021. Disponible en: <https://www.meds.cl/wp-content/uploads/8.-Art-4.-Lara.pdf>.
23. Estrada Gonzalez , González Restrepo. Sucesos adversos relacionados con el acto quirúrgico en una institución de salud de tercer nivel. [Online]; 2018. Acceso 30 de Noviembre de 2021. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2018.v44n3/e998/>.
24. Molina Barea R, Molina Barea J, Capitán Vallvey M. La seguridad del paciente quirúrgico en nuestro medio. [Online]; 2016. Acceso 22 de

- Noviembrede 2021. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/seguridad-del-paciente-quirurgico/>.
25. Sociedad Española de Directivos de la Salud. Dándole 360º a la seguridad del paciente aportará recomendaciones fundamentales en este ámbito de acuerdo a las necesidades de los pacientes. [Online]; 2019. Acceso 25 de Noviembrede 2021. Disponible en: <https://sedisa.net/2019/03/19/dandole-360o-a-la-seguridad-del-paciente-aportara-recomendaciones-fundamentales-en-este-ambito-de-acuerdo-a-las-necesidades-de-los-pacientes/>.
26. Operarme. ¿Qué tipo de intervenciones quirúrgicas existen? [Online]; 2020. Acceso 24 de Noviembrede 2022. Disponible en: <https://www.operarme.es/noticia/391/que-tipo-de-intervenciones-quirurgicas-existen/>.
27. Save the Children. Encuestas de Conocimientos, Actitudes y Practicas en el ambito de la proteccion dela infancia. [Online]; 2012. Acceso 18 de Julio de 2021. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4021_d_Encuestas_CAP_SaveChildren.pdf.
28. CASTELLÓN NP. CONOCIMIENTOS COGNITIVOS Y PRÁCTICA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO Y CUIDADO EN NUTRICIÓN ENTERAL EN PACIENTES CRÍTICOS, UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL OBRERO No 1, CAJA NACIONAL DE SALUD, LA PAZ - BOLIVIA, 2020. [Online].; 2020. Acceso 21 de Agosto de 2022. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/24849/TM-1677.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
29. Ossio M. Secretaria de la direccion del HAIG Obrero. La Paz: 2021, Noviembre.

30. Secretaria de Afiliaciones de la Regional. Afiliaciones. La Paz: Caja Nacional de Salud, La Paz.
31. Luna B. Secretaria de quirofano del HAIG Obrero Nro.1. 2021, Noviembre.
32. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Inauguran sala situacional del Hospital Obrero No. 1 de Bolivia para la vigilancia centinela de Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVI). [Online]; 2022. Acceso 2 de Diciembre de 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/6-4-2022-inauguran-sala-situacional-hospital-obrero-no-1-bolivia-para-vigilancia-centinela>.
33. La Razon. El Hospital Obrero No. 1 es 'habilitado' como el primer establecimiento de la seguridad social de tercer nivel. [Online]; 2022. Acceso 18 de Diciembre de 2022. Disponible en: <https://www.la-razon.com/sociedad/2022/11/15/el-hospital-obrero-no-1-es-habilitado-como-el-primer-establecimiento-de-la-seguridad-social-de-tercer-nivel/>.
34. ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación. [Online]; 2008. Acceso 23 de Septiembre de 2021. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70083/WHO_IER_PSP_20_08.05_spa.pdf?sequence=1.
35. FUNDACIÓN DIALNET. Dificultades en la implementación de un protocolo de cirugía segura en Sudamérica. [Online]; 2022. Acceso 11 de Diciembre de 2022. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8540252>.
36. Álvarez G. APLICACIÓN DEL CHECK LIST PARA CIRUGÍA SEGURA EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS, GESTIÓN 2018. [Online]; 2021. Acceso 15 de Diciembre de 2022. Disponible en:

<https://repositorio.umsa.bo/xmlui/bitstream/handle/123456789/27103/TM-1808.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

37. Manterola C. Revista Médica Clínica Los Condes. [Online]; 2019. Acceso 7 de Diciembre de 2021. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300057>.
38. Manual C. Estudio Transversal. [Online]; 2010. Acceso 10 de Diciembre de 2021. Disponible en: <https://es.slideshare.net/lilidays/estudio-transversal-5111111>.
39. Sampieri RH. Definición del tipo de investigación a realizar: exploratoria descriptiva, correlacional o explicativa. [Online]; 2006. Acceso 8 de Diciembre de 2022. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcqlclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fidolotec.files.wordpress.com%2F2012%2F04%2Fsampieri-cap-4.pdf&clen=1340994&chunk=true>.
40. Sampieri RH. Metodología de la investigación Segunda Edición: McGRAW-HILL; 1998.
41. Sampieri RH. Metodología de la investigación Cuarta Edición López NI, editor. México: McGRAW-HILL; 2006.
42. Mejía Manzanarez G, Villanueva Salmerón R, Terrazas Salazar S. Impacto de una intervención educativa en el cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el área Quirúrgica del I.S.S.S.T.E Acapulco 2017. [Online]; 2017. Acceso 5 de Abril de 2023. Disponible en: http://ri.uagro.mx/bitstream/handle/uagro/563/06366051_TE2018_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
43. MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CIRUGÍA SEGURA EN EL LUGAR Y LADO CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE

CORTO PLAZO. [Online]; 2021. Acceso 6 de abril de 2023. Disponible en:
<https://www.asuss.gob.bo/wp-content/uploads/2022/05/1.-Cirugia-Segura.pdf>.

44. Kaliyaperumal. Guideline for Conducting a Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Study. [Online]; 2004. Acceso 16 de Diciembre de 2021. Disponible en:
http://v2020eresource.org/content/files/guideline_kap_Jan_mar04.pdf.

XII.- ANEXOS

ANEXO N°1 CARTAS DE PERMISO INSTITUCIONAL



La Paz 12 de Mayo de 2021

Señora:

Lic. Marisabel Salas

COORDINADORA DE BIOETICA E INVESTIGACION HO No1

Presente.

**Ref.-SOLICITUD DE PERMISO PARA ACCESO A DATOS (ENCUESTAS
E INFORMACION) PARA LA REALIZACION DE TESIS PARA
ENFERMERIA.**

Mediante la presente nota me dirijo a su autoridad para solicitarle muy respetuosamente permiso para poder acceder a datos (realización de encuestas e información) que mi persona requiere para la realización de tesis de Enfermería en el Post Grado de la UMSA ya con el perfil aprobado por mi tutor Dr. Fernando Valle Rojas.

El título de la tesis es **"ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO ANTE LA HOJA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA AL EQUIPO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL OBRERO No1, LA PAZ, BOLIVIA, GESTION 2021"** para lo cual requiero realizar encuestas al equipo quirúrgico y datos informativos que mi persona requiera con relación al tema.

Mi persona ya viene trabajando en quirófanos y en la institución varios años llegando así la oportunidad para trabajar con este tema importante.

Sin otro particular y esperando su colaboración lo saludo y me despido.

Atentamente:


Lic. Carmen Rosa Gutiérrez Villarroel

La Paz 14 abril 2022

Lic. Amparo Velasco
JEFA ENFERMERAS QUIROFANOS HAIG OBRERO No1
Presente. –

Ref.- SOLICITUD PERMISO PARA REALIZACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACION (TESIS)

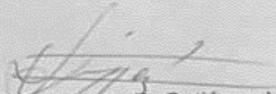
Mediante la presente nota me dirijo a su autoridad para solicitarle muy respetuosamente permiso para poder realizar trabajo de investigación (tesis) en el servicio de quirófanos.

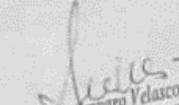
El título de la tesis es "CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA POR EL EQUIPO QUIRURGICO, HOSPITAL DE ATENCION INTEGRAL GENERAL OBRERO No1, CAJA NACIONAL DE SALUD,2021".

Mi persona ya viene trabajando en quirófanos y en la institución varios años, llegando así la oportunidad para trabajar con este tema importante.

Sin otro particular y esperando su colaboración la saludo y me despido.

Atentamente:


Lic. Carmen R. Gutiérrez V.
CI 2714550 LP


Lic. Amparo Velasco Tapia
JEFA EN SERVICIO ENF. QUIROFANOS
HAIG OBRERO N° 1
Vc Bo

La Paz 14 abril 2022

Lic. Elizabeth Luna
JEFA ENFERMERAS HAIG OBRERO No1
Presente. –



Ref.- SOLICITUD PERMISO PARA REALIZACION DE TRABAJO DE INVESTIGACION (TESIS)

Mediante la presente nota me dirijo a su autoridad para solicitarle muy respetuosamente permiso para poder realizar trabajo de investigación (tesis) en el servicio de quirófanos.

El título de la tesis es "CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA POR EL EQUIPO QUIRURGICO, HOSPITAL DE ATENCION INTEGRAL GENERAL OBRERO No1, CAJA NACIONAL DE SALUD,2021".

Mi persona ya viene trabajando en quirófanos y en la institución varios años, llegando así la oportunidad para trabajar con este tema importante.

Sin otro particular y esperando su colaboración la saludo y me despido.

Atentamente:


Lic. Carmen R. Gutiérrez V.
CI 2714550 LP


Lic. Elizabeth Luna
JEFA DE ENFERMERAS
HAIG OBRERO No1
v.B. 6-6-22



"Calificando Profesionales"

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSGRADO

La Paz, marzo 23 de 2021
U.P.G. CITE N°0261/2021

Señor
Dr. Nataniel Claros
COORDINADOR DE BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL OBRERO N°1
Presente.-

Ref.: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

De mi mayor consideración:

A tiempo de saludar a su autoridad, me permito informarle que dentro de la actividad académica del Programa Maestría en Enfermería Médico Quirúrgica de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés, se viene desarrollando el Trabajo de Tesis de Grado titulado: "ACTITUD DEL EQUIPO QUIRURGICO ANTE EL CUMPLIMIENTO DE LA HOJA DE VERIFICACIÓN PARA CIRUGIA SEGURA EN EL HOSPITAL OBRERO N°1 DURANTE EL SEGUNDO BIMESTRE DEL AÑO 2021".

Tema que es investigado por la cursante legalmente habilitada:

Lic. Carmen Rosa Gutiérrez Villarroel

En ese sentido por lo expuesto SOLICITO a su autoridad, pueda colaborar a la investigadora autorizando la obtención de información necesaria que permita ejecutar el trabajo referido.

Sin otro particular, me despido con las consideraciones que el caso amerita.

*Recibido
Cent d. Prueba a San Andrés
6/19/2021
R. S. V.*

[Handwritten Signature]
Dr. M.Sc. Iván W. Larico Laura
DIRECTOR
UNIDAD DE POSGRADO



[Handwritten Signature]
c.c. Archivo
Lorena
Nataniel Cicros B.
CIRUJIA GENERAL
C-747-3328

Calle Claudio Sanjinés N° 1738 - Miraflores • Teléfonos : 2612387 - 2228062
Obrajes c. 5 N° 590 • Telf.: 2782035 • Pag. Web: <http://postgrado.fuent.unsa.bo> • La Paz - Bolivia

La Paz 26 de Abril de 2021

Señora:
Lic Carmen Rosa Gutiérrez Villarroel
Presente.-

Ref: Respuesta a solicitud de Autorización trabajo de investigación.

Es tuición del Comité de ética en investigación del Hospital Obrero No.1 revisar y dar cumplimiento al REGLAMENTO DEL COMITÉ BIOETICO CIENTIFICO DEL HOSPITAL OBRERO No. 1, amparados en la designación del Director General de dicho hospital, por lo cual pasamos a detallar las características detectadas en su protocolo de investigación en el curso de la Maestría en Enfermería Medico Quirúrgica del programa de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés y el fallo correspondiente.

Identificación del Comité: Comité de Bioética en Investigación del Hospital Obrero No.1

Fecha de Recepción: 12 de Abril de 2021

Fecha de Emisión de respuesta: 26 de Abril de 2021

Numero correlativo: CBIH-HO1-0006NCB

Numero de Acta de Reunión: 3/2021

Nombre del Investigador: Lic. Carmen Rosa Gutierrez Villarroel

Título: Actitud del equipo quirúrgico ante el cumplimiento de la hoja de verificación para cirugía segura en el Hospital Obrero No. 1 durante el segundo bimestre del año 2021. Una correcta pregunta de investigación tiene 3 parámetros básicos, la población de interés, la intervención con o sin cointervención y la variable resultado. También debería ser mas concreta y bien explicitada, de preferencia no debe colocarse la sede ni la temporalidad, pues eso disminuye la posibilidad de generalización de sus resultados.

Resumen: Inexistente

Introducción: Adecuada

Antecedentes y justificación: Adecuados

Marco Teórico: Suficiente

Planteamiento del problema: Adecuado.

Pregunta de investigación: Poco clara en relación a lo que quiere medirse y como se medirá y la población blanco.

Objetivo General: Suficiente

Objetivos Específicos: Insuficientes. Se mencionan algunos, pero, no se consigna que es lo que quiere medirse en relación al seguimiento del cuidado de los pacientes que es la razón del trabajo de investigación.

Diseño Metodológico: Debería ser un Corte transversal. Este tipo de diseño permite cubrir el objetivo por usted planteado, pero recomendamos cuidar los estadígrafos correspondientes que para este diseño como son la asociación estadística y el calculo de prevalencia.

Universo y muestra: Universo claramente descrito, Muestra mal descrita.

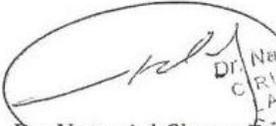
Criterios de Inclusión: No puede consignarse solo los que desean participar en el cuestionario.

Criterios de exclusión: Ningún criterio de los enunciados en su trabajo es valido toda vez que para ser excluido, el paciente previamente debe ser incluido y no ser una negación de los anteriores.

Operacionalización de la variables: Las variables continuas deben ser tratadas como tal y ser sometidas a dicotimización solo en el momento del análisis.

Conclusión: Basados en el Reglamento del Comité Bioético Científico del Hospital Obrero que en el Capítulo I, artículo 6, párrafo 6 de sus funciones señala la capacidad del comité de emitir resoluciones de **Riesgo Bajo de Transgresiones éticas**, se concluye con **INFORME APROBADO**, debiendo la autora del trabajo corregir los aspectos metodológicos señalados.

El presente trabajo cuenta con el aval del Tutor y de la comisión de postgrado de la UMSA y por ende no entro en mayor comentarios metodológicos, toda vez que estos deberían haber sido corregidos antes de ser enviados a esta comisión.


Dr. Nataniel Claros B.
CIRUGIA GENERAL Y
LAPAROSCOPICA
6-328
5-747
Dr. Nataniel Claros Beltran
PRESIDENTE DEL COMITÉ

ANEXO N°2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente consentimiento informado forma parte de la recolección de datos para la realización de la presente investigación al equipo quirúrgico que realiza a diario cirugías programadas y de urgencias.

El objetivo del estudio es “DETERMINAR EL CONOCIMIENTO DE LA LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA POR PARTE DEL EQUIPO QUIRÚRGICO, HAIG Obrero N°1, CAJA NACIONAL DE SALUD, LA PAZ BOLIVIA GESTIÓN 2021”.

La participación de mi persona para la realización de la presente investigación es completamente libre y voluntaria, al mismo tiempo estoy libre de poderme retirar en algún momento y no recibiré beneficio personal por participar en este proyecto de investigación.

Lo que se espera con los resultados de la presente investigación es el conocimiento de la LVCS - cirugía segura para con el paciente atendido en quirófanos sea una atención brindada por el equipo quirúrgico en forma segura, mejorando procedimientos que requieren ser atendidos.

La información obtenida mediante las encuestas realizadas será manejada en forma confidencial.

Todo lo anterior mencionado mi persona hace constar que el presente documento fue leído y comprendido de tal forma estando en pleno acuerdo firmo al pie de esta página.

CARMEN ROSA GUTIERREZ VILLARROEL

CI 2714550 LP

ANEXO N°3

FORMULARIO DE CIRUGÍA SEGURA MODELO 1

<p>IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</p> <p>FECHA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AP. PATERNO: <input type="text"/> AP. MATERNO: <input type="text"/> NOMBRE: <input type="text"/></p> <p>N° ASEGURADO: <input type="text"/> CÓDIGO BENEF.: <input type="text"/></p>	<p>CAJA NACIONAL DE SALUD H.A.I.G. OBRERO N°1</p> <p>HOJA DE VERIFICACIÓN PARA CIRUGÍA SEGURA</p> 	
<p>FASE 1 - ENTRADA ANTES DE LA INDUCCIÓN A LA ANESTESIA</p> <p>El cirujano, el anestesiólogo y el personal de enfermería en presencia del paciente han confirmado:</p> <p><input type="checkbox"/> Su identidad <input type="checkbox"/> El sitio quirúrgico <input type="checkbox"/> El procedimiento quirúrgico <input type="checkbox"/> Su consentimiento</p> <p>¿El anestesiólogo ha confirmado con el cirujano que esté marcado el sitio quirúrgico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿El cirujano ha dominado la realización de la asepsia quirúrgica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿El anestesiólogo ha completado el control de seguridad de la anestesia? al revisar medicamentos, equipos (funcionalidad y condiciones óptimas) y riesgo anestésico del paciente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿El anestesiólogo ha colocado y comprobado que funcione el oxímetro de pulso correctamente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>El Anestesiólogo ha confirmado si el paciente tiene:</p> <p>Alergias conocidas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Riesgo de aplicación y si se cuenta con material de ayuda: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Riesgo de hemorragia en adulto > 500 ml. (niños > 7 ml./kg.): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Posible necesidad de hemoderivados y soluciones disponibles: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>FASE 2 - PAUSA QUIRÚRGICA ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA</p> <p>La instrumentista ha solicitado a cada uno de los miembros del equipo quirúrgico para que se presenten por su nombre y su función sin omisiones.</p> <p><input type="checkbox"/> Cirujano <input type="checkbox"/> Anestesiólogo <input type="checkbox"/> Ayudante de cirujano <input type="checkbox"/> Circulante <input type="checkbox"/> Otros</p> <p>El cirujano ha confirmado de manera verbal con el anestesiólogo y el personal de Enfermería (instrumentista y circulante):</p> <p><input type="checkbox"/> Paciente correcto <input type="checkbox"/> Procedimiento correcto <input type="checkbox"/> Sitio quirúrgico correcto <input type="checkbox"/> En caso de órgano bilateral, ha marcado derecho o izquierdo, según corresponda <input type="checkbox"/> En caso de estructura múltiple, ha especificado el nivel a operar <input type="checkbox"/> Posición correcta del paciente</p> <p>¿El anestesiólogo ha verificado que se haya aplicado la profilaxis antibiótica conforme a las indicaciones médicas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO PROCEDE</p> <p>¿El cirujano ha verificado que cuenta con los estudios de imagen que requiere? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PROCEDE</p> <p>PREVENCIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS</p> <p>El cirujano ha informado:</p> <p><input type="checkbox"/> Los pasos críticos o no sistematizados <input type="checkbox"/> La duración de la operación <input type="checkbox"/> La pérdida de sangre prevista</p> <p>El anestesiólogo ha informado:</p> <p><input type="checkbox"/> La existencia de algún riesgo o enfermedad en el paciente que pueda complicar la cirugía</p> <p>El personal de enfermería ha informado:</p> <p><input type="checkbox"/> La fecha y método de esterilización del equipo y el instrumental <input type="checkbox"/> La existencia de algún problema con el instrumental, los equipos y el conteo del mismo</p>	<p>FASE 3 - SALIDA ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIROFANO</p> <p>El cirujano responsable de la atención del paciente, en presencia del anestesiólogo y el personal de enfermería ha aplicado la Lista de la Seguridad de la Cirugía y ha confirmado verbalmente:</p> <p><input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento realizado <input type="checkbox"/> El recuento COMPLETO del instrumental, gasas y agujas <input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (nombre completo del paciente, fecha de nacimiento, fecha de la cirugía y descripción general) <input type="checkbox"/> Los problemas con el instrumental y los equipos que deben ser notificados resueltos</p> <p>El cirujano, el anestesiólogo y el personal de Enfermería ha comentado al cirujano:</p> <p><input type="checkbox"/> Los principales aspectos de la recuperación postoperatoria <input type="checkbox"/> El plan de tratamiento <input type="checkbox"/> Los riesgos del paciente</p> <p>¿Ocurrieron eventos adversos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Se registró el evento adverso? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Dónde?</p>
<p>PERSONAL DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN</p> <p>CIRUJANO(S): Nombre(s):</p> <p>Firma:</p> <p>ANESTESIÓLOGO(S): Nombre(s):</p> <p>Firma:</p> <p>PERSONAL DE ENFERMERÍA: Nombre(s):</p> <p>Firma:</p>		

ANEXO Nº4

FORMULARIO DE CIRUGÍA SEGURA MODELO 2

 <p style="text-align: center;">HOJA DE VERIFICACIÓN PARA CIRUGÍA SEGURA CAJA NACIONAL DE SALUD HOSPITAL OBRERO N° 1</p>		
<p style="text-align: center;">FASE 1: ENTRADA</p> <p style="text-align: center;">ANTES DE LA INDUCCIÓN A LA ANESTESIA</p> <p>El Cirujano, el Anestesiólogo y el personal de enfermería en presencia del paciente han confirmado:</p> <p>Su identidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>El sitio quirúrgico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>El procedimiento quirúrgico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Su consentimiento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>¿El anestesiólogo ha confirmado con el cirujano que este marcado el sitio quirúrgico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿El cirujano ha dominado la realización de la asepsia quirúrgica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿El Anestesiólogo ha completado el control de la seguridad de la anestesia? al revisar, medicamentos, equipos (funcionalidad y condiciones óptimas) y riesgo anestésico del paciente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No</p> <p>El Anestesiólogo a colocado y comprobado que funcione el oxímetro de pulso correctamente. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No</p> <p>El Anestesiólogo ha confirmado si el paciente tiene:</p> <p>Alergias conocidas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Riesgo de aspiración y si se cuenta con material de ayuda? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No</p> <p>Riesgo hemorragia en adulto >500 ml (rifiex 2/ml /kg)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Posible necesidad de hemoderivados y soluciones disponibles? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No</p>	<p style="text-align: center;">FASE 2 : PAUSA QUIRÚRGICA</p> <p style="text-align: center;">ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA</p> <p>La instrumentista a cada uno de los miembros del equipo quirúrgico para que se presenten por su nombre y su función sin omisiones.</p> <p>Cirujano <input type="checkbox"/> Anestesiólogo <input type="checkbox"/></p> <p>Ayudante de cirujano <input type="checkbox"/> Circulante <input type="checkbox"/></p> <p>Otros <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>El Cirujano, ha confirmado de manera verbal con el Anestesiólogo y el personal de personal de enfermería (instrumentista y circulante):</p> <p>Paciente Correcto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Procedimiento Correcto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sitio quirúrgico Correcto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>En caso de órgano bilateral, ha marcado derecho o izquierdo, según corresponda <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>En caso de estructura múltiple, ha especificado el nivel a operar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Posición correcta del paciente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>¿El Anestesiólogo ha verificado que se haya aplicado la profilaxis antibiótica conforme a las indicaciones médicas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No procede</p> <p>¿El Cirujano ha verificado que cuenta con los estudios de imagen que requiere? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No procede</p> <p>PREVENCIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS</p> <p>El Cirujano ha informado:</p> <p>Los pasos críticos o no sistematizados <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>La duración de la operación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>La pérdida de sangre prevista <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>El Anestesiólogo ha informado:</p> <p>La existencia de algún riesgo o enfermedad en el paciente que pueda complicar la cirugía. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>El personal de Enfermería ha informado:</p> <p>La fecha y método de esterilización del equipo y el instrumental. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>La existencia de algún problema con el instrumental, los equipos y el conteo del mismo. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">FASE 3: SALIDA</p> <p style="text-align: center;">ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DE QUIRÓFANO</p> <p>El Cirujano responsable de la atención del paciente, en presencia del Anestesiólogo y el personal de enfermería ha aplicado la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y ha confirmado verbalmente:</p> <p>El nombre del procedimiento realizado. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>El recuento COMPLETO del instrumental gasa y agujas. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>El etiquetado de las muestras (nombre completo del paciente, fecha de nacimiento, fecha de la cirugía y descripción general). <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Los problemas con el instrumental y los equipos que deben ser notificados resueltos. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>El Cirujano, el Anestesiólogo y el personal de Enfermería ha comentado al Circulante</p> <p>Los principales aspectos de la recuperación postoperatoria. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>El plan de tratamiento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Los riesgos del paciente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Ocurrieron eventos adversos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Se registre el evento adverso? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No ¿Dónde?</p> <p>LISTADO DEL PERSONAL RESPONSABLE QUE PARTICIPÓ EN LA APLICACIÓN Y LLENADO DE ESTA LISTA DE VERIFICACIÓN:</p> <p>CIRUJANO(S):</p> <p>Nombre(s): _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>ANESTESIÓLOGO(S):</p> <p>Nombre(s): _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>PERSONAL DE ENFERMERÍA:</p> <p>Nombre(s): _____</p> <p>Firma: _____</p>

ANEXO N°5

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El presente estudio de investigación, se realiza con las encuestas CAP que según una revista de habla inglesa Community Ophthalmology la encuesta CAP indica que “La encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas es una herramienta de análisis de comportamiento y cualitativo de poblaciones específicas que reúne información sobre lo que la gente sabe, cómo se siente y cómo se comporta frente a un determinado tema. (44)

En el transcurso de la investigación se observa que existen numerosas investigaciones utilizando como herramienta las encuestas CAP como lo realiza García C. en su tesis “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE JIQUILISCO, DEPARTAMENTO DE USULTAN, EN EL SALVADOR, JULIO DICIEMBRE 2018” (6).

La presente investigación toma como herramienta la encuesta CAP para la realización de la investigación al equipo quirúrgico del HAIG Obrero N°1, con la plena certeza que es una herramienta confiable para realizar este trabajo de investigación.

ANEXO N°6

ENCUESTA CAP QUE MIDE (CONOCIMIENTO, ACTITUD, PRÁCTICA) INSTRUMENTO DE ENCUESTA “ENCUESTA CAP”

HAIG OBRERO N°1

Cuestionario dirigido al personal médico (Cirujano, Anestesiólogo y enfermera (Instrumentadora).

INSTRUCCIONES: A continuación, se le presenta una serie de preguntas a las que pido sea lo más sincero/a posible acerca de la aplicación de la lista de Verificación de Cirugía Segura.

CUESTIONARIO

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. EDAD

De 25 a 34 años De 35 a 44 años De 45 a 54 años De 55 a más

2. GENERO:

Femenino

Masculino

3. PROCEDENCIA:

Urbano

Rural

4. OCUPACIÓN:

Cirujano

Anestesiólogo

Instrumentadora

5. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO QUE DESEMPEÑA

De 1 a 10 años

De 11 a 20 años

De 20 y más

6. ANTIGÜEDAD DE TIEMPO DE TRABAJO

De 1 a 10 años

De 11 a 20 años

De 20 y más

CONOCIMIENTO SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

Identifique los Ítems con una X según corresponda

Antes de la inducción de la anestesia entrada (E)

Antes de la incisión cutánea pausa (P)

Antes de que el paciente salga del quirófano salida (S)

Contenido de la lista de verificación de cirugía segura.	E	P	S
Demarcación del sitio quirúrgico.			
Control de la seguridad de la anestesia.			
Administración de profilaxis antibiótica.			
Previsión de eventos críticos, por cirujano, instrumentadora y anesthesiólogo.			
Equipo confirma nombre del procedimiento realizado.			
Problemas que resolver con el instrumental y equipos.			
Presentación de todos los nombres del equipo, nombre y función.			
Visualización de las imágenes diagnosticas			
El paciente confirma su identidad, sitio quirúrgico, procedimiento y consentimiento.			
Pulsímetro colocado y funcionando.			
Recuento de instrumental gasas y agujas.			
El control del instrumental estéril y función de los equipos			
Etiquetado de muestras.			
El paciente tiene alergias conocidas.			

Vía aérea difícil/Riesgos de aspiración.			
Aspectos críticos de la recuperación y tratamiento del paciente.			
Riesgo de hemorragia.			
Cirujano, Anestesiólogo e Instrumentadora confirman: identidad del paciente, sitio quirúrgico, procedimiento.			

2. ACTITUDES DEL PERSONAL SOBRE EL LLENADO DE LA: LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA (LVCS).

ITEM A EVALUAR	SI	NO
¿Preguntar al paciente?: su identidad, sitio quirúrgico, el procedimiento y revisar su consentimiento informado.		
Demarcación del sitio quirúrgico		
Control de la seguridad de la anestesia		
Colocación de Pulsioxímetro y su funcionamiento		
Indagar si el paciente tiene alergias conocidas		
Vía aérea difícil / riesgo de aspiración		
Riesgo de hemorragia		

b) ¿Usted estaría **DISPUERTO** a realizar las siguientes actividades antes de la incisión cutánea? (pausa), marque con una X.

ITEM A EVALUAR	SI	NO
Presentación del equipo de trabajo por nombre y función		
El equipo de trabajo confirmar verbalmente: identidad del paciente, sitio quirúrgico, procedimiento a realizar.		
Revisión de eventos críticos por: cirujano, enfermera y anestesista		
Confirman de instrumental estéril y el funcionamiento de los equipos		
Administración de profilaxis antibiótica		
Visualización de imágenes diagnosticas		

c. ¿Usted estaría **DISPUESTO** a realizar las siguientes actividades antes de que el paciente: ¿salga del quirófano? (salida), marque con una X.

ITEM A EVALUAR	SI	NO
Confirmar verbalmente, procedimiento realizado		
Recuento del instrumental, gasas y agujas son correctos		
Etiquetado de muestras.		
Problemas que resolver con el instrumental y los equipos		
El equipo de salud revisar los principales aspectos de la recuperación y tratamiento del paciente.		

3. PRÁCTICA QUE TIENE EL EQUIPO SOBRE LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA (LVCS).

a) Antes de la inducción de la anestesia verifica que: (marque con una X)

1. ¿Se confirma la identidad del paciente, sitio quirúrgico, operación a realizar y su consentimiento informado?

SI NO

2. ¿Se confirma la demarcación del sitio quirúrgico?

SI NO

3. ¿Se verifica el control de la seguridad de la anestesia?

SI NO

4. ¿Se verifica el control del pulsioxímetro funcionando?

SI NO

5. ¿Se pregunta si el paciente tiene alergias conocidas?

SI NO

6. ¿Se pregunta si el paciente tiene vía aérea difícil o riesgo de aspiración?

SI NO

7. ¿Se pregunta si el paciente tiene riesgo de hemorragia?

SI

NO

b) Antes de la incisión cutánea verifica que: (marque con una X)

6. ¿Se presentan el equipo de trabajo por nombre y función?

SI

NO

7. ¿Se confirma la identidad del paciente, sitio quirúrgico y operación a realizar?

SI

NO

8. ¿Se pregunta de la prevención de eventos críticos a cada miembro del equipo?

SI

NO

9. ¿Se confirma la esterilidad de los instrumentales y el funcionamiento de los equipos?

SI

NO

10. ¿Se administra profilaxis antibiótica antes de los 60 minutos de la incisión quirúrgica?

SI

NO

11. ¿Se cuenta con imágenes diagnósticas?

SI

NO

c) Antes que el paciente salga del quirófano, confirman verbalmente (marque con una X).

14. ¿Se confirma el procedimiento realizado?

SI

NO

15. ¿Se realiza el recuento del material utilizado (gasas, compresas y otros)?

SI

NO

16. ¿Se realiza el etiquetado de muestras quirúrgicas del paciente en voz alta?

SI

NO

17. ¿Se pregunta si hay problemas que resolver con el instrumental y los equipos?

SI

NO

18. ¿Se consideran aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente?

SI

NO

ANEXO N°7

INSTRUMENTO ENCUESTA CAP (CONOCIMIENTO, ACTITUD, PRÁCTICA) MODELO LLENADO CORRECTO

HAIG OBRERO N°1

Cuestionario dirigido al personal médico (Cirujano, Anestesiólogo y enfermera (Instrumentadora).

INSTRUCCIONES: A continuación, se le presenta una serie de preguntas a las que pido sea lo más sincero/a posible acerca de la aplicación de la lista de Verificación de Cirugía Segura.

CUESTIONARIO

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. EDAD

De 25 a 34 años De 35 a 44 años De 45 a 54 años De 55 a más

2. GENERO:

Femenino

Masculino

3. PROCEDENCIA:

Urbano

Rural

4. OCUPACIÓN:

Cirujano

Anestesiólogo

Instrumentadora

5. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO QUE DESEMPEÑA

De 1 a 10 años

De 11 a 20 años

De 20 y más

6. ANTIGÜEDAD DE TIEMPO DE TRABAJO

De 1 a 10 años

De 11 a 20 años

De 20 y más

CONOCIMIENTO SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA

Identifique los Ítems con una X según corresponda

Antes de la inducción de la anestesia entrada (E)

Antes de la incisión cutánea pausa (P)

Antes de que el paciente salga del quirófano salida (S)

Contenido de la lista de verificación de cirugía segura.	E	P	S
Demarcación del sitio quirúrgico.	X		
Control de la seguridad de la anestesia.	X		
Administración de profilaxis antibiótica.		X	
Prevención de eventos críticos, por cirujano, instrumentadora y anestesiólogo.		X	
Equipo confirma nombre del procedimiento realizado.			X
Problemas que resolver con el instrumental y equipo.			X
Presentación de todos los nombres del equipo, nombre y función.		X	
Visualización de las imágenes diagnósticas		X	
El paciente confirma su identidad, sitio quirúrgico, procedimiento y consentimiento.	X		
Pulsímetro colocado y funcionando.	X		
Recuento de instrumental gases y agujas.			X
El control del instrumental estéril y función de los equipos		X	
Etiquetado de muestras.			X

El paciente tiene alergias conocidas.	X		
Vía aérea difícil/Riesgos de aspiración.	X		
Aspectos críticos de la recuperación y tratamiento del paciente.			X
Riesgo de hemorragia.	X		
Cirujano, Anestesiólogo e Instrumentadora confirman: identidad del paciente, sitio quirúrgico, procedimiento.		X	

2. ACTITUDES DEL PERSONAL SOBRE EL LLENADO DE LA: LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA (LVCS).

ITEM A EVALUAR	SI	NO
¿Preguntar al paciente?: su identidad, sitio quirúrgico, el procedimiento y revisar su consentimiento informado.	X	
Demarcación del sitio quirúrgico	X	
Control de la seguridad de la anestesia	X	
Colocación de Pulsioxímetro y su funcionamiento	X	
Indagar si el paciente tiene alergias conocidas	X	
Vía aérea difícil / riesgo de aspiración	X	
Riesgo de hemorragia	X	

b) ¿Usted estaría **DISPUESTO** a realizar las siguientes actividades antes de la incisión cutánea? (pausa), marque con una X.

ITEM A EVALUAR	SI	NO
Presentación del equipo de trabajo por nombre y función	X	
El equipo de trabajo confirmar verbalmente: identidad del paciente, sitio quirúrgico, procedimiento a realizar.	X	

ANEXO N°8

LISTAS DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA LLENADAS EN QUIRÓFANOS PISO 2, PISO 3, PISO 4 Y PISO 6 EN EL MES DE OCTUBRE (MUESTRA)

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

FECHA: 18/10

AR. PATERNO: [] AR. MATERNO: [] NOMBRE: []

N° ASEGURADO: [] CÓDIGO BENE: []

CAJA NACIONAL DE SALUD

H.A.I.G. OBRERO N°1

HOJA DE VERIFICACIÓN PARA CIRUGÍA SEGURA

FASE 1 - ENTRADA ANTES DE LA INDUCCIÓN A LA ANESTESIA

El cirujano, el anestesiólogo y el personal de enfermería en presencia del paciente han confirmado:

- Su identidad
- El sitio quirúrgico
- El procedimiento quirúrgico
- Su consentimiento

¿El anestesiólogo ha confirmado con el cirujano que esté marcado el sitio quirúrgico?

SI NO

¿El cirujano ha dominado la realización de la asepsia quirúrgica?

SI NO

¿El anestesiólogo ha completado el control de seguridad de la anestesia? al revisar medicamentos, equipos (funcionalidad y condiciones óptimas) y riesgo anestésico del paciente?

SI NO

¿El anestesiólogo ha colocado y comprobado que funcione el oxímetro de pulso correctamente?

SI NO

El Anestesiólogo ha confirmado si el paciente tiene:

Alergias conocidas:

SI NO

Riesgo de aplicación y si se cuenta con material de ayuda:

SI NO

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

SI NO

Posible necesidad de hemoderivados y soluciones disponibles:

SI NO

FASE 2 - PAUSA QUIRÚRGICA ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA

La instrumentista ha solicitado a cada uno de los miembros del equipo quirúrgico para que se presenten por su nombre y su función sin omisiones:

- Cirujano
- Anestesiólogo
- Ayudante de cirujano
- Circulante
- Otros: []

El cirujano ha confirmado de manera verbal con el anestesiólogo y el personal de Enfermería (instrumentista y circulante):

- Paciente correcto
- Procedimiento correcto
- Sitio quirúrgico correcto
- En caso de órgano bilateral, ha marcado derecho o izquierdo, según corresponda
- En caso de estructura múltiple, ha especificado el nivel a operar
- Posición correcta del paciente

¿El anestesiólogo ha verificado que se haya aplicado la profilaxis antibiótica conforme a las indicaciones médicas?

SI NO NO PROCEDE

¿El cirujano ha verificado que cuenta con los estudios de imagen que requiere?

SI NO PROCEDE

PREVENCIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS

El cirujano ha informado:

- Los pasos críticos o no sistematizados
- La duración de la operación
- La pérdida de sangre prevista

El anestesiólogo ha informado:

- La existencia de algún riesgo o enfermedad en el paciente que pueda complicar la cirugía

El personal de enfermería ha informado:

- La fecha y método de esterilización del equipo y el instrumental
- La existencia de algún problema con el instrumental, los equipos y el conteo del mismo

FASE 3 - SALIDA ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO

El cirujano responsable de la atención del paciente, en presencia del anestesiólogo y el personal de enfermería ha aplicado la Lista de la Seguridad de la Cirugía y ha confirmado verbalmente):

- El nombre del procedimiento realizado
- El recuento COMPLETO del instrumental, gases y agujas
- El etiquetado de las muestras (nombre completo del paciente, fecha de nacimiento, fecha de la cirugía y descripción general)
- Los problemas con el instrumental y los equipos que deben ser notificados resueltos

El cirujano, el anestesiólogo y el personal de Enfermería ha comentado al cirujano:

- Los principales aspectos de la recuperación postoperatoria
- El plan de tratamiento
- Los riesgos del paciente

¿Ocurrieron eventos adversos?

SI NO

¿Se registró el evento adverso?

SI NO

¿Dónde? []

PERSONAL DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN

CIRUJANO(S): []
Nombre(s): []

Firma: []
Dr. Iván Soto Vaca Guzmán
CIRUJANO VASCULAR, ANGIÓLOGO
S-381 5-151

ANESTESIÓLOGO(S): []
Nombre(s): []

Firma: []
Dr. Carlos López Briza
ANESTESIÓLOGO
MCM, L-412

PERSONAL DE ENFERMERÍA:
Nombre(s): []
Firma: []

Pele: Jui & Saeng Bernal
 CH 283 Mat: 55 05 03 SOB 15

Q-7
 11-10-21



HOJA DE VERIFICACIÓN PARA CIRUGÍA SEGURA
CAJA NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL OBRERO N°1

FASE 1 ENTRADA	FASE 2: PAUSA QUIRÚRGICA	FASE 3: SALIDA
ANTES DE LA INDUCCIÓN A LA ANESTESIA El cirujano, el anestesiólogo y el personal de enfermería en presencia del paciente han confirmado: <input checked="" type="checkbox"/> Su identidad <input checked="" type="checkbox"/> El sitio quirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> El procedimiento quirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> El consentimiento	ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA La instrumentista a cada uno de los miembros del equipo quirúrgico para que se presenten por su nombre y su función sin omisiones. <input checked="" type="checkbox"/> Cirujano <input checked="" type="checkbox"/> Ayudante de cirujano <input checked="" type="checkbox"/> Otros <input checked="" type="checkbox"/> Anestesiólogo <input checked="" type="checkbox"/> Circulante	ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DE QUIROFANO El cirujano responsable de la atención del paciente, en presencia del Anestesiólogo y el personal de enfermería ha aplicado la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y ha confirmado verbalmente: <input checked="" type="checkbox"/> El nombre del procedimiento realizado <input checked="" type="checkbox"/> El recuento COMPLETO de los instrumentos, gasas y agujas. <input checked="" type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras nombre completo del paciente, fecha de nacimiento, fecha de la cirugía y descripción general. <input checked="" type="checkbox"/> Los problemas con el instrumental y los equipos que deben ser modificados o reemplazados.
¿El anestesiólogo ha confirmado con el cirujano que este marcado el sitio quirúrgico? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	El Cirujano, ha confirmado de manera verbal con el Anestesiólogo y el personal de enfermería (instrumentista y circulante): <input checked="" type="checkbox"/> Paciente Correcto <input checked="" type="checkbox"/> Posicionamiento Correcto <input checked="" type="checkbox"/> Sitio Quirúrgico Correcto <input checked="" type="checkbox"/> Acceso de órgano bilateral, ha marcado derecho o izquierdo, según corresponda <input checked="" type="checkbox"/> En caso de estructura múltiple, ha especificado el nivel a operar <input checked="" type="checkbox"/> Posición correcta del paciente	El Cirujano, el Anestesiólogo y el personal de Enfermería ha comentado al Circulante: <input checked="" type="checkbox"/> Los principales aspectos de la recuperación postoperatoria <input checked="" type="checkbox"/> El plan de tratamiento <input checked="" type="checkbox"/> Los riesgos del paciente Ocurrieron eventos adversos? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
¿El Anestesiólogo ha completado el control de la seguridad de la anestesia? al revisar, medicamentos, equipos (funcionalidad y condiciones óptimas) y riesgo anestésico del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	¿El Anestesiólogo ha verificado que se haya aplicado la profilaxis antibiótica conforme a las indicaciones médicas? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No procede	¿Se registró el evento adverso? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No ¿Dónde?
El Anestesiólogo a colocado y comprobado que funcione el oxímetro de pulso correctamente. <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	¿El Cirujano ha verificado que cuenta con los estudios de imagen que requiere? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	LISTADO DEL PERSONAL RESPONSABLE QUE PARTICIPAN EN LA APLICACIÓN Y LLENADO DE ESTA LISTA DE VERIFICACIÓN: CIRUJANO(S): ANESTESIOLOGO(S): PERSONAL DE ENFERMERÍA(S): Nombre(s): Firma: Nombre(s): Firma: Nombre(s): Firma: Nombre(s): Firma:
El Anestesiólogo ha confirmado si el paciente tiene: Alergias conocidas: <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Riesgo de aspiración y si se cuenta con material de ayuda? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Riesgo hemorragia en adulto >500 ml (niños >7 ml/kg)? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No ¿Posible necesidad de hemoderivados y soluciones disponibles? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	PREVENCIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS El Cirujano ha informado: <input checked="" type="checkbox"/> Los pesos críticos o no sistematizados <input checked="" type="checkbox"/> La duración de la operación <input checked="" type="checkbox"/> La pérdida de sangre prevista El Anestesiólogo ha informado: <input checked="" type="checkbox"/> La existencia de algún riesgo o enfermedad en el paciente que pueda complicar la cirugía.	El personal de Enfermería ha informado: <input checked="" type="checkbox"/> La fecha y método de esterilización del equipo y el instrumental <input checked="" type="checkbox"/> La existencia de algún problema con el instrumental, los equipos y el conteo de mismo.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

FECHA

11/01/13

CAJA NACIONAL DE SALUD
H.A.I.G. OBRERO N°1



AP. PATERNO: [Blank] AP. MATERNO: [Blank]

NOMBRE: [Blank]

N° ASEGURADO: [Blank]

CÓDIGO BENEF.: [Blank]

HOJA DE VERIFICACIÓN
PARA CIRUGIA SEGURA

FASE 1 - ENTRADA
ANTES DE LA INDUCCIÓN
A LA ANESTESIA

El cirujano, el anestesiólogo y el personal de enfermería en presencia del paciente han confirmado:

- Su identidad
- El sitio quirúrgico
- El procedimiento quirúrgico
- Su consentimiento

¿El anestesiólogo ha confirmado con el cirujano que esté marcado el sitio quirúrgico?

- SI
- NO

¿El cirujano ha dominado la realización de la asepsia quirúrgica?

- SI
- NO

¿El anestesiólogo ha completado el control de seguridad de la anestesia? al revisar medicamentos, equipos (funcionalidad y condiciones óptimas) y riesgo anestésico del paciente?

- SI
- NO

¿El anestesiólogo ha colocado y comprobado que funcione el oxímetro de pulso correctamente?

- SI
- NO

El Anestesiólogo ha confirmado si el paciente tiene:

Alergias conocidas:

- SI
- NO

Riesgo de aplicación y si se cuenta con material de ayuda:

- SI
- NO

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

- SI
- NO

Possible necesidad de hemoderivados y soluciones disponibles:

- SI
- NO

FASE 2 - PAUSA QUIRÚRGICA
ANTES DE LA
INCISIÓN CUTÁNEA

La instrumentista ha solicitado a cada uno de los miembros del equipo quirúrgico para que se presenten por su nombre y su función sin omisiones.

- Cirujano
- Anestesiólogo
- Ayudante de cirujano
- Circulante
- Otros

El cirujano ha confirmado de manera verbal con el anestesiólogo y el personal de Enfermería (instrumentista y circulante):

- Paciente correcto
- Procedimiento correcto
- Sitio quirúrgico correcto
- En caso de órgano bilateral, ha marcado derecho o izquierdo, según corresponda
- En caso de estructura múltiple, ha especificado el nivel a operar
- Posición correcta del paciente

¿El anestesiólogo ha verificado que se haya aplicado la profilaxis antibiótica conforme a las indicaciones médicas?

- SI
- NO
- NO PROCEDE

¿El cirujano ha verificado que cuenta con los estudios de imagen que requiere?

- SI
- NO PROCEDE

PREVENCIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS

El cirujano ha informado:

- Los pasos críticos o no sistematizados
- La duración de la operación
- La pérdida de sangre prevista

El anestesiólogo ha informado:

- La existencia de algún riesgo o enfermedad en el paciente que pueda complicar la cirugía

El personal de enfermería ha informado:

- La fecha y método de esterilización del equipo y el instrumental
- La existencia de algún problema con el instrumental, los equipos y el conteo del mismo

FASE 3 - SALIDA
ANTES DE QUE EL PACIENTE
SALGA DEL QUIRÓFANO

El cirujano responsable de la atención del paciente, en presencia del anestesiólogo y el personal de enfermería ha aplicado la Lista de la Seguridad de la Cirugía y ha confirmado verbalmente:

- El nombre del procedimiento realizado
- El recuento COMPLETO del instrumental, gases y agujas
- El etiquetado de las muestras (nombre completo del paciente, fecha de nacimiento, fecha de la cirugía y descripción general)
- Los problemas con el instrumental y los equipos que deben ser notificados resueltos

El cirujano, el anestesiólogo y el personal de Enfermería ha comentado al cirujano:

- Los principales aspectos de la recuperación postoperatoria
- El plan de tratamiento
- Los riesgos del paciente

¿Ocurrieron eventos adversos?

- SI
- NO

¿Se registró el evento adverso?

- SI
- NO

¿Dónde?

PERSONAL DE LA
LISTA DE VERIFICACIÓN

CIRUJANO(S):

Nombre(s): _____

Firma: _____

ANESTESIÓLOGO(S):

Nombre(s): _____

Firma: _____

PERSONAL DE ENFERMERÍA

Nombre(s): _____

Firma: _____



Mario Zobala Valencia
54-1117 3011

HOJA DE VERIFICACIÓN PARA CIRUGÍA SEGURA Fecha 11-10-21

CAJA NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL OBRERO N°1

FASE 1: ENTRADA	FASE 2: PAUSA QUIRÚRGICA	FASE 3: SALIDA
<p>ANTES DE LA INDUCCIÓN A LA ANESTESIA</p> <p>El cirujano, el anestesiólogo y el personal de enfermería en presencia del paciente han confirmado:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Su identidad <input checked="" type="checkbox"/> El sitio quirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> El procedimiento quirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Su consentimiento</p> <p>¿El anestesiólogo ha confirmado con el cirujano que este marcado el sitio quirúrgico? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿El cirujano ha dominado la realización de la asepsia quirúrgica? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿El Anestesiólogo ha completado el control de la seguridad de la anestesia? al revisar, medicamentos, equipos (funcionalidad y condiciones óptimas) y riesgo anestésico del paciente? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>El Anestesiólogo a colocado y comprobado que funciona el oxímetro de pulso correctamente <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>El Anestesiólogo ha confirmado si el paciente tiene:</p> <p>Alergias conocidas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Riesgo de aspiración y si se cuenta con material de ayuda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Riesgo hemorragia en adulto ≥ 500 ml (niños ≥ 7 ml/kg)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Posible necesidad de hemoderivados y soluciones disponibles? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA</p> <p>La instrumentista a cada uno de los miembros del equipo quirúrgico para que se presenten por su nombre y su función sin omisiones.</p> <p><input type="checkbox"/> Cirujano <input checked="" type="checkbox"/> Anestesiólogo <input type="checkbox"/> Ayudante de cirujano <input checked="" type="checkbox"/> Circulante <input type="checkbox"/> Doros</p> <p>El Cirujano ha conferido de manera verbal con el Anestesiólogo y el personal de enfermería (instrumentista y circulante):</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Paciente Correcto <input checked="" type="checkbox"/> Procedimiento Correcto <input checked="" type="checkbox"/> Sitio Quirúrgico Correcto <input checked="" type="checkbox"/> En caso de órgano bilateral, ha marcado derecho o izquierdo, según corresponda <input checked="" type="checkbox"/> En caso de estructura múltiple, ha especificado el nivel a operar <input checked="" type="checkbox"/> Posición correcta del paciente</p> <p>¿El Anestesiólogo ha verificado que se haya aplicado la profilaxis antibiótica conforme a las indicaciones médicas? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No procede</p> <p>¿El Cirujano ha verificado que cuenta con los estudios de imagen que requiere? <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No procede</p> <p>PREVENCIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS</p> <p>El Cirujano ha informado:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Los pasos críticos o no sistematizados <input checked="" type="checkbox"/> Las dudas de la operación <input checked="" type="checkbox"/> La medida de sangre prevista</p> <p>El Anestesiólogo ha informado:</p> <p><input type="checkbox"/> La existencia de algún riesgo o información en el paciente que pueda complicar la cirugía.</p> <p>El personal de Enfermería ha informado:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> La Fecha y método de esterilización del equipo y el instrumental <input checked="" type="checkbox"/> La existencia de algún problema con el instrumental, los equipos y el control del mismo.</p>	<p>ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DE QUIRÓFANO</p> <p>El cirujano responsable de la atención del paciente, en presencia del Anestesiólogo y el personal de enfermería ha aplicado la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía y ha confirmado verbalmente:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> El nombre del procedimiento realizado. <input checked="" type="checkbox"/> El recuento COMPLETO del instrumental, gasas y agujas. <input checked="" type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (nombre completo del paciente, fecha de nacimiento, fecha de la cirugía y descripción general). <input type="checkbox"/> Los problemas con el instrumental y los equipos que deben ser notificados resueltos.</p> <p>El Cirujano, el Anestesiólogo y el personal de Enfermería ha comentado al Circulante</p> <p>Los principales aspectos de la recuperación postoperatoria</p> <p>El plan de tratamiento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Los riesgos del paciente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Ocurrieron eventos adversos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Se registró el evento adverso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Dónde? <input type="checkbox"/></p> <p>LISTADO DEL PERSONAL RESPONSABLE QUE PARTICIPÓ EN LA APLICACIÓN Y LLENADO DE ESTA LISTA DE VERIFICACIÓN:</p> <p>Nombre(s): <u>Dr. Rodrigo</u> CIRUJANO(S) Firma: <u>[Firma]</u> Nombre(s): <u>Dr. Toledo</u> ANESTESIOLOGO(S) Firma: <u>[Firma]</u> Nombre(s): <u>Lee Vargas</u> PERSONAL DE ENFERMERÍA(S) Firma: <u>[Firma]</u></p>

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

FECHA 12/11/11

**CAJA NACIONAL DE SALUD
H.A.I.G. OBRERO N°1**



A.P. PATERNO: CAHARDO A.P. MATERNO: CAHARDO NOMBRE: RUISS
 N° ASEGURADO: 970227/HVM CODIGO GENET.: 51

**HOJA DE VERIFICACIÓN
PARA CIRUGÍA SEGURA**

**FASE 1 - ENTRADA
ANTES DE LA INDUCCIÓN
A LA ANESTESIA**

El cirujano, el anestesiólogo y el personal de enfermería en presencia del paciente han confirmado:

- Su identidad,
- El sitio quirúrgico
- El procedimiento quirúrgico
- Su consentimiento

¿El anestesiólogo ha confirmado con el cirujano que esté marcado el sitio quirúrgico?

- SI NO

¿El cirujano ha dominado la realización de la asepsia quirúrgica?

- SI NO

¿El anestesiólogo ha completado el control de seguridad de la anestesia? al revisar medicamentos, equipos (funcionalidad y condiciones óptimas) y riesgo anestésico del paciente?

- SI NO

¿El anestesiólogo ha colocado y comprobado que funcione el oxímetro de pulso correctamente?

- SI NO

El Anestesiólogo ha confirmado si el paciente tiene:

Aergias conocidas:

- SI NO

Riesgo de aplicación y si se cuenta con material de ayuda:

- SI NO

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

- SI NO

Posible necesidad de hemoderivados y soluciones disponibles:

- SI NO

**FASE 2 - PAUSA QUIRÚRGICA
ANTES DE LA
INCISIÓN CUTÁNEA**

La instrumentista ha solicitado a cada uno de los miembros del equipo quirúrgico para que se presenten por su nombre y su función sin omisiones.

- Cirujano
- Anestesiólogo
- Ayudante de cirujano
- Circulante
- Otros

El cirujano ha confirmado de manera verbal con el anestesiólogo y el personal de Enfermería (instrumentista y circulante):

- Paciente correcto
- Procedimiento correcto
- Sitio quirúrgico correcto
- En caso de órgano bilateral, ha marcado derecho o izquierdo, según corresponda
- En caso de estructura múltiple, ha especificado el nivel a operar
- Posición correcta del paciente

¿El anestesiólogo ha verificado que se haya aplicado la profilaxis antibiótica conforme a las indicaciones médicas?

- SI NO NO PROCEDE

¿El cirujano ha verificado que cuenta con los estudios de imagen que requiere?

- SI NO PROCEDE

PREVENCIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS

El cirujano ha informado:

- Los pasos críticos o no sistematizados
- La duración de la operación
- La pérdida de sangre prevista

El anestesiólogo ha informado:

- La existencia de algún riesgo o enfermedad en el paciente que pueda complicar la cirugía

El personal de enfermería ha informado:

- La fecha y método de esterilización del equipo y el instrumental
- La existencia de algún problema con el instrumental, los equipos y el conteo del mismo

**FASE 3 - SALIDA
ANTES DE QUE EL PACIENTE
SALGA DEL QUIROFANO**

El cirujano responsable de la atención del paciente, en presencia del anestesiólogo y el personal de enfermería ha aplicado la Lista de la Seguridad de la Cirugía y ha confirmado verbalmente:

- El nombre del procedimiento realizado
- El recuento COMPLETO del instrumental, pasos y agujas
- El etiquetado de las muestras (nombre completo del paciente, fecha de nacimiento, fecha de la cirugía y descripción general)
- Los problemas con el instrumental y los equipos que deben ser notificados resueltos

El cirujano, el anestesiólogo y el personal de Enfermería ha comentado al cirujano:

- Los principales aspectos de la recuperación postoperatoria
- El plan de tratamiento
- Los riesgos del paciente

¿Ocurrieron eventos adversos?

- SI NO

¿Se registró el evento adverso?

- SI NO

¿Dónde?

**PERSONAL DE LA
LISTA DE VERIFICACIÓN**

CIRUJANO(S):

Nombres(s): Dr. Johnny Williams Quispe Q.

Firma: [Firma]

ANESTESIÓLOGO(S):

Nombres(s): M. María Chiquillo Chiquillo

Firma: [Firma]

PERSONAL DE ENFERMERÍA:

Nombres(s): Dr. Carmelo Cruzado Rojas

Firma: [Firma]

ENFERMERA

Mód. Prol. 10-08

Handwritten notes and stamps at the bottom of the page.

ANEXO N°9

IMÁGENES DEFICIENCIAS DE INSUMOS Y EQUIPOS.

FECHA		N° de Documento	MOVIMIENTO		Firma Despatchado
Día	Mes Año		Entrada	Salida	
13	10	07	3	2	Laura
14	12	07	1	15	Sony
15	12	07	1	14	Roberto
16	12	07	1	13	2002
16	12	07	1	12	HA
16	12	07	1	11	TTG
16	12	07	2	9	La Estrella
17	12	07	1	8	La Estrella
18	12	07	2	6	CO2
18	12	07	1	5	La Estrella
18	12	07	1	3	CO2
20	12	07	2	2	CO2
21	12	07	3	1	La Estrella
21	12	07	1	1	La Estrella
22	12	07	1	1	La Estrella
23	12	07	1	1	La Estrella
23	12	07	1	1	La Estrella
3	1	20	1	5	La Estrella
5	1	20	1	4	La Estrella
5	1	21	1	3	La Estrella
5	1	21	1	2	La Estrella



Fuente: Elaboración propia imagen del Kardex de quirófano del HAIG Obrero N°1 (2021)

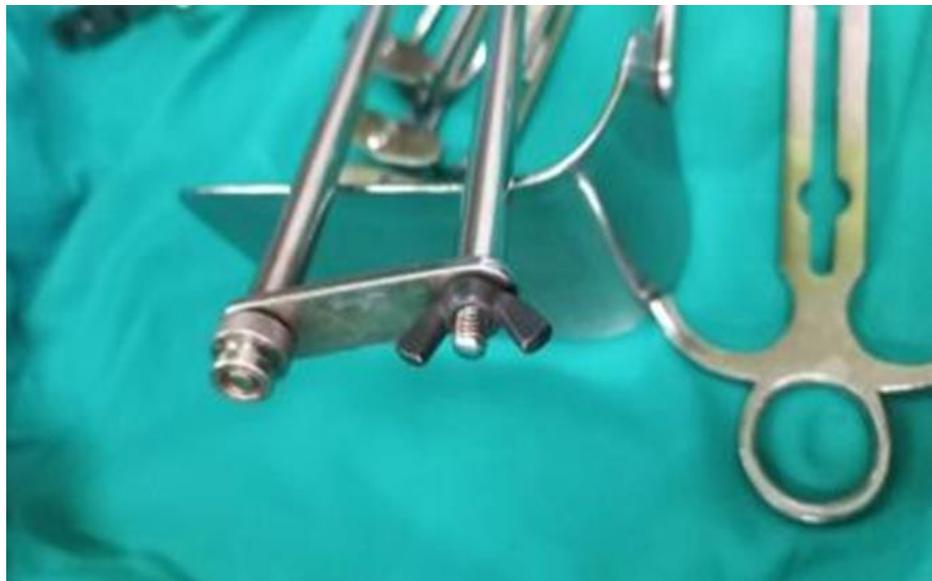
Fuente: Elaboración propia imagen del almacén del HAIG Obrero N°1 (2021)

Fuente: Elaboración propia imagen del Kardex de quirófano del HAIG Obrero N°1 (2021)



Fuente: Elaboración propia imagen de documentación de baja de equipos y mobiliario del HAIG Obrero N°1 (2021)

Fuente: Elaboración propia imagen del instrumental del HAIG Obrero N°1(2021)



Fuente: Elaboración propia imagen instrumental del HAIG Obrero N°1 (2021)



Fuente: Elaboración propia imagen taburete del HAIG Obrero N°1 (2021)



Fuente: Elaboración propia imagen mesa quirúrgica del HAIG Obrero N°1 (2021)



Fuente: Elaboración propia imagen electrobisturí y pedal del HAIG Obrero N°1 (2021)

ANEXO N°11

PROPUESTA A LA INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA

MÉDICA UNIDAD DE POSGRADO



PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

EDUCATIVA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN

**DE CIRUGÍA SEGURA, EN EL EQUIPO QUIRÚRGICO, HOSPITAL DE
ATENCIÓN INTEGRAL GENERAL OBRERO N°1, CAJA NACIONAL DE**

SALUD, 2022

AUTORA: CARMEN ROSA GUTIERREZ VILLARROEL

TUTOR: M.S.C. FERNANDO VALLE ROJAS

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGÍSTER

SCIENTIARIUM EN ENFERMERÍA MÉDICO QUIRÚRGICO

LA PAZ - BOLIVIA

2022

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDO	PÁGINA
I. INTRODUCCIÓN	112
II. JUSTIFICACIÓN	113
III. PROPUESTA	114
IV. OBJETIVO	115
3.1. OBJETIVO GENERAL	115
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	115
V. FUNDAMENTACIÓN	116
5.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA LVCS.....	116
5.2 FUNDAMENTACIÓN LEGAL QUE APOYA A LA LVCS.....	118
VI. FACTIBILIDAD DE LA PROPUESTA	120
6.1. RECURSOS TÉCNICOS Y HUMANOS.....	120
6.2. RECURSOS FINANCIEROS	120
VII. ACCIONES A IMPLEMENTAR PARA CUMPLIR LOS OBJETIVOS PLANTEADOS:	121
VIII. CONCLUSIONES	123
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124

I. INTRODUCCIÓN

La Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS) es una herramienta de tipo listado que sirve para mejorar la seguridad de las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables.

La Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS) creada por la OMS a través de su programa establecido es una herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de sus complicaciones y de defunciones quirúrgicas innecesarias.

Se ha demostrado que su uso se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales y entornos y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básicas (45).

De tal forma se puede decir que cuando se aplica esta herramienta correctamente, la seguridad del paciente se encuentra a salvo. Es por esta razón que la práctica basada en la teoría de la lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS) es de suma importancia.

En este sentido, el Hospital de Atención Integral General (HAIG) Obrero N°1 es un hospital de tercer nivel y de referencia nacional, en el que se implementó la LVCS, hace aproximadamente cuatro años, lográndose una aceptación parcial, ya que faltan aún mayor capacitación y supervisión para que esta lista se cumpla con eficiencia.

Es así que, la presente propuesta responde a esta inquietud antes mencionada y busca mejorar los pasos que se deben seguir para la práctica cotidiana en el área quirúrgica para mejorar el bien del paciente y su seguridad en dicha área.

II. JUSTIFICACIÓN

La presente propuesta de intervención dirigida al equipo quirúrgico del HAIG Obrero N°1 tiene sus bases en los resultados obtenidos en el trabajo de investigación titulado “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LA LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA, POR EL EQUIPO QUIRÚRGICO, HOSPITAL DE ATENCION INTEGRAL GENERAL OBRERO N°1,CAJA NACIONAL DE SALUD, 2022” dichos datos señalan de manera global que si bien, se cumple el llenado de la lista, todavía se dan respuestas inadecuadas por la mayoría; al mismo tiempo, se identifica que la LVCS se lo aplica, pero no se lo practica en diario de las cirugías.

En tal sentido, esta propuesta pretende mejorar el uso de esta herramienta que se lo realiza en las cirugías de los quirófanos. Siendo que la propuesta es beneficiosa para el equipo quirúrgico, porque a medida que el equipo se interiorice y participe, habrá cambios de común acuerdo, que mejorarán este manejo de la LVCS. Así también, habrá mayor aceptación de la misma.

III. PROPUESTA

Estrategias generales para la optimización del manejo de la LVCS en el equipo quirúrgico, quirófanos del Hospital de Atención Integral General Obrero N°1 Caja Nacional de Salud 2022.

IV. OBJETIVO

3.1. OBJETIVO GENERAL

Diseñar estrategias generales para la optimización del manejo de la Lista de Verificación de Cirugía Segura para el equipo quirúrgico, quirófanos del Hospital de Atención Integral General Obrero N°1 Caja Nacional de Salud 2022.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aumentar la eficiencia del equipo quirúrgico y del proceso quirúrgico en general mediante la optimización del uso de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, a través de capacitaciones (seminarios talleres) de evaluación de esta herramienta.
- Reducir el riesgo de errores médicos y complicaciones durante el proceso quirúrgico, mediante el uso adecuado de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.
- Promover la cultura de seguridad en el equipo quirúrgico y en el Hospital mediante la educación continua del uso adecuado de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

V. FUNDAMENTACIÓN

5.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA LVCS

Según lo investigado en la presente tesis la LVCS es una herramienta sencilla y práctica que puede ser utilizada por cualquier equipo quirúrgico del mundo, para garantizar de forma eficiente y rápida todos los aspectos relacionados a las medidas preoperatorias, intraoperatorias y posoperatorias. Dicha herramienta consta de una lista que contienen preguntas de evaluación de medidas que se deben tomar en cuenta para cada etapa o fase del transoperatorios como ser:

- Fase de entrada. En esta fase el equipo quirúrgico evalúa y verifica aspectos relacionados que garanticen para un correcto inicio de la cirugía como ser:
 - a. Identidad del paciente y su consentimiento informado.
 - b. Lugar de la intervención.
 - c. Existencia de riesgo de hemorragia.
 - d. Existencia de riesgo de alergias.
 - e. Existencia de riesgo en vías aéreas.
 - f. Control de la seguridad de la anestesia.
 - g. Verificar el pulsioxímetro se encuentra funcionando.
- Fase pausa. Se refiere a tomar una pausa antes de que el cirujano inicie con la incisión de la cirugía, de esta forma el equipo quirúrgico evalúa y verifica aspectos relacionados que garanticen una correcta intervención quirúrgica estos aspectos a tomar en cuenta son:
 - a. Presentación de todos los integrantes del equipo quirúrgico que participan de la intervención.
 - b. El equipo quirúrgico confirma la identidad del paciente y sitio quirúrgico.
 - c. Visualización de imágenes diagnosticas.
 - d. Prevención de eventos críticos por el equipo quirúrgico.
 - e. Administración quirúrgica de profilaxis antibiótica.

- Fase Salida. En esta fase el equipo quirúrgico evalúa y verifica aspectos relacionados que garanticen para una correcta recuperación del paciente como ser:
 - a. Recuento de instrumental gasas y agujas.
 - b. Equipo confirma el nombre del procedimiento realizado.
 - c. Realizado del etiquetado de muestras.
 - d. Problemas que resolver con el instrumental y equipos.
 - e. Aspectos críticos de la recuperación y tratamiento del paciente.

Es decir, son 18 aspectos que se toman en cuenta y que la LVCS se encarga de dirigir estos lineamientos en cuanto se cumplan como lo establece la OMS durante el transoperatorio, siempre con el fin de salvaguardar la salud y pronta recuperación del paciente.

En el presente trabajo de tesis también se pudo investigar que la LVCS puede y debe pasar por un proceso de modificación si así se lo requiere, sin embargo, para dicho tratamiento deben participar todos los integrantes del equipo quirúrgico, además se deberá someter a prueba o simulacro dicha modificación con el fin de garantizar su funcionalidad. Se menciona también que es muy importante el aporte de observaciones por el equipo quirúrgico durante la modificación durante el simulacro para que la LVCS así creada funcione en su entorno. Según lo investigado también se sabe que muchas instituciones poseen estrategias para garantizar la ejecución de la LVCS.

El HAIG Obrero N°1 es un hospital de tercer nivel en el que se introdujo la LVCS y que aún espera notas que evalúen el proceso de su práctica y funcionamiento con relación a esta práctica de la LVCS.

5.2 FUNDAMENTACIÓN LEGAL QUE APOYA A LA LVCS

La fundamentación legal para la implementación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el equipo quirúrgico y los quirófanos del Hospital de Atención Integral General Obrero N°1 Caja Nacional de Salud 2022 incluye:

- La obligación del hospital y del equipo quirúrgico de garantizar la seguridad del paciente durante el proceso quirúrgico, que se deriva del deber de cuidado y protección que tienen los profesionales de la salud hacia sus pacientes.
- La obligación del hospital y del equipo quirúrgico de garantizar el respeto a los derechos humanos de los pacientes, entre ellos el derecho a la salud y a la seguridad, que están consagrados en diversas leyes y tratados internacionales de derechos humanos.
- La obligación del hospital y del equipo quirúrgico de cumplir con las regulaciones y normas establecidas en materia de seguridad quirúrgica, que pueden incluir leyes, normas técnicas y guías de buenas prácticas.
- La obligación del hospital y del equipo quirúrgico de implementar medidas de seguridad adecuadas para minimizar el riesgo de errores médicos y complicaciones durante el proceso quirúrgico, que se deriva de su responsabilidad de proteger la salud y la vida de los pacientes.
- La presente propuesta se apoya en principios jurídico legales en la cual se puede reclamar un derecho o exigir una obligación.
- Con base en lo mencionado, el Código Penal de Bolivia indica en el artículo 154. La servidora o el servidor público que ilegalmente omitiere, rehusare hacer o retardare un acto propio de sus funciones, será sancionado con privación de libertad de uno a cuatro años (46).
- Es así que, es deber del equipo quirúrgico tomar en cuenta todas las verdades que se menciona y resaltar el cuidado de la seguridad del paciente como ser:
- El objetivo es la prevención del error en la cirugía.

- El paciente quirúrgico es un ser susceptible, dependiente del equipo quirúrgico.
- Las prácticas quirúrgicas salvan vidas, reducen las muertes y las complicaciones del paciente quirúrgico.
- Existe la culpa médica que incluye la impericia (no saber), la negligencia (no hacer) y la imprudencia (hacer demás).

VI. FACTIBILIDAD DE LA PROPUESTA

La propuesta realizada es factible porque se cuenta con los recursos necesarios para cumplir con los objetivos planteados como ser:

6.1. RECURSOS TÉCNICOS Y HUMANOS.

- La disponibilidad de recursos humanos y técnicos (espacios, equipos técnicos y computacionales) para reforzar el conocimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.
- La capacidad del hospital y del equipo quirúrgico para adaptar la Lista de Verificación de Cirugía Segura a las características y necesidades específicas de su contexto. (equipo quirúrgico: cirujanos, anestesiólogos, instrumentadoras y circulantes).

6.2. RECURSOS FINANCIEROS

La disponibilidad de recursos financieros para adquirir y mantener la Lista de Verificación de Cirugía Segura y para llevar a cabo cualquier otra actividad necesaria para su reforzamiento (tiempo y presupuesto asignado como parte del Programa de Educación Continua).

VII. ACCIONES A IMPLEMENTAR PARA CUMPLIR LOS OBJETIVOS PLANTEADOS:

Para el primer objetivo:

Aumentar la eficiencia del equipo quirúrgico y del proceso quirúrgico en general mediante la optimización del uso de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, a través de capacitaciones (presentaciones o conferencias, cursos y talleres) de evaluación de esta herramienta.

Acciones a implementar:

- Presentaciones o conferencias: Las presentaciones o conferencias pueden ser charlas o exposiciones que proporcionan información detallada sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y cómo se utiliza. Pueden incluir gráficos, imágenes y otros materiales para ilustrar los puntos clave. Las presentaciones o conferencias pueden ser impartidas por profesionales de la salud o expertos en la materia y pueden ser dirigidas a diferentes audiencias, como profesional de la salud, paciente o público en general.
- Cursos o talleres: Los cursos o talleres son actividades de formación más intensivas y detalladas que proporcionan información y capacitación sobre el uso de la Lista de Verificación de Cirugía Segura. Pueden incluir sesiones de enseñanza, ejercicios prácticos y otras actividades para fomentar el aprendizaje. Los cursos o talleres pueden ser dirigidos a profesionales de la salud o a otras personas interesadas en el tema.

Para el segundo objetivo:

Reducir el riesgo de errores médicos y complicaciones durante el proceso quirúrgico, mediante el uso adecuado de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

Acción a implementar:

- Videos educativos: Los videos educativos pueden ser grabaciones de corta duración que proporcionan información sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura y cómo se utiliza. Pueden incluir imágenes, animaciones o grabaciones de profesionales de la salud explicando el uso de esta herramienta. Los videos pueden ser distribuidos a través de plataformas en línea o reproducidos en el hospital para promover el conocimiento y el uso de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

Para el tercer objetivo:

Promover la cultura de seguridad en el equipo quirúrgico y en el Hospital mediante la educación continua del uso adecuado de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

Acción a implementar:

- Carteles, afiches y bípticos: Los carteles o afiches y bípticos son materiales gráficos que se colocan en lugares visibles para recordar a los profesionales de la salud que deben utilizar la Lista de Verificación de Cirugía Segura antes de cada procedimiento quirúrgico. Pueden incluir imágenes, mensajes breves y otros elementos visuales para llamar la atención y recordar a los profesionales de la salud que deben utilizar esta herramienta. Los carteles o afiches pueden colocarse en los quirófanos y otras áreas clave del hospital. A continuación, se presenta un bíptico, que servirá de ejemplo para su producción en masa:

NUESTROS PRODUCTOS Y SERVICIOS

ENTRADA



¿Le gustaría por qué el número de esta página es 9? Este es el interior de la cubierta posterior.

Este folleto está pensado para facilitar la impresión de un folleto de ocho páginas a doble cara. Las sugerencias en esta página le ayudarán a hacerlo.

PAUSA



La parte inferior de las páginas interiores está configurada para poder agregar manualmente los números de página del, resulta así. Fácil ajustar la numeración para las preferencias de impresión. La tabla de contenido de la siguiente pantalla está configurada para la edición manual, por lo que puede actualizar fácilmente los números de página.

SALIDA



Para imprimir este folleto a doble cara, haga clic en Archivo e, después, en Imprimir. En la opción que tiene como valor predeterminado imprimir a una cara, seleccione esta configuración de impresión a doble cara. Este folleto está diseñado para abrirse por el lado corto de la página.




CIRUGIA SEGURA EN QUIROFANO



Optimización del manejo de la lista de verificación de cirugía segura quirófanos
HAIG obrero N°1 2022

Fuente: Elaboración propia

VIII. CONCLUSIONES

Con la propuesta que se pone a consideración se concluye que:

Habrà mayor conocimiento y comprensión del uso y beneficios de la Lista de Verificación de Cirugía Segura entre los profesionales de la salud del equipo quirúrgico y del hospital.

Mayor eficiencia del equipo quirúrgico y del proceso quirúrgico en general, gracias al uso adecuado de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

Reducción del riesgo de errores médicos y complicaciones durante el proceso quirúrgico, gracias al uso adecuado de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

Mayor cultura de seguridad en el equipo quirúrgico y en el hospital gracias a la educación continua y el compromiso con el uso adecuado de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

45. Organización mundial de la salud. Manual de aplicación de la lista OMS de Verificación de la seguridad de la cirugía. [Online]; 2009. Acceso 5 de Mayo de 2022. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa.pdf?sequence=1.
46. Código Penal. Infoleyes. [Online]; 1972. Disponible en: [https://bolivia.infoleyes.com/articulo/34519#:~:text=ARTICULO%20154%C2%B0.-,%2D%20\(INCUMPLIMIENTO%20DE%20DEBERES\),.ocasion%20da%C3%B1o%20econ%C3%B3mico%20al%20Estado](https://bolivia.infoleyes.com/articulo/34519#:~:text=ARTICULO%20154%C2%B0.-,%2D%20(INCUMPLIMIENTO%20DE%20DEBERES),.ocasion%20da%C3%B1o%20econ%C3%B3mico%20al%20Estado).

Uso correcto de la Lista de Verificación de Cirugía Segura

ENTRADA

Antes de la inducción de la anestesia

01

Me llamo... y me operaran en... y mi cirugía será en... y he traído mi consentimiento informado



El paciente confirma su identidad, sitio quirúrgico, procedimiento a realizar y consentimiento informado.

02



Demarcación del sitio quirúrgico.

03



Control de la seguridad de la anestesia.

04



Pulsioxímetro colocado y funcionando.

05



El paciente tiene alergias conocidas.

06



Vía aérea difícil/Riesgos de aspiración.

07



Riesgo de hemorragia.

PAUSA

Antes de la incisión cutánea

08



Presentación del equipo, por nombre y función.

09



Equipo confirma identidad del paciente, sitio quirúrgico y nombre del procedimiento

10



Prevención de eventos críticos, por cirujano,

11



Confirmar la esterilidad del instrumental y el funcionamiento de los equipos.

12



Administración de profilaxis antibiótica.

13



Visualización de las imágenes diagnósticas.

SALIDA

Antes de que el paciente salga a recuperación

14



Cirujano, Anestesiólogo e Instrumentadora confirman verbalmente el procedimiento realizado.

15



Recuento de instrumental gasas y agujas.

16



Etiquetado de muestras.

17



Problemas que resolver con el instrumental y equipos.

18



Aspectos críticos de la recuperación y tratamiento del paciente.