

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA “JUAN MISAEL SARACHO”  
SECRETARIA DE EDUCACIÓN CONTINUA  
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO  
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA MÉDICO QUIRÚRGICO**



**TESIS DE MAESTRÍA**

**APLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA SEGURA POR  
ENFERMERÍA, SERVICIO DE QUIRÓFANO, HOSPITAL MUNICIPAL  
FRANCÉS, ENERO-AGOSTO 2019.**

**MAGALY SANDY IBARRA**

**Tesis de maestría, presentada a consideración de la Universidad  
Autónoma Juan Misael Saracho, como requisito para optar título de  
Master en Enfermería Médico Quirúrgico**

**Santa Cruz – Estado Plurinacional de Bolivia**

**2021**

## HOJA DE APROBACION

### Titulo Tesis

Aplicación del procedimiento de cirugía segura por enfermería, servicio de quirófano, Hospital Municipal Francés, enero-agosto 2019.

### Postulante:

MAGALY SANDY IBARRA

### Tribunal Calificador:

-----  
Nombres y Apellidos

Tribunal

-----  
Nombres y Apellidos

Tribunal

-----  
Nombres y Apellidos

Tribunal

Santa Cruz, ..... de ..... de .....

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis a:

Mi esposo por sus palabras de motivación, apoyo y confianza que ha depositado en mí, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre ha estado brindándome su comprensión, cariño y amor.

A mi madre por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad siendo un pilar fundamental en mi vida y en mi formación profesional brindando su apoyo incondicional.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios en primer lugar por haberme permitido cumplir con las metas propuestas, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A la institución Hospital Municipal Francés por permitirme realizar el presente trabajo de investigación que servirá, para poder realizar mejoras en la atención de los pacientes Quirúrgicos.

A la jefa de enfermeras de la institución, por brindar apoyo moral, y aportar ciertos conocimientos para que se realizara el trabajo de investigación.

Al personal de enfermería por brindar su tiempo para que se lograra obtener datos de los diferentes procedimientos que se realiza en la atención de cada paciente.

A los Docentes de la Universidad por su tiempo, apoyo y sabiduría que transmitieron, para poder realizar el trabajo de investigación, y así concluir con los estudios de posgrado.

## ÍNDICE

	PÁG.
Hoja de aprobación.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de tablas.....	vi
Índice de gráficos.....	viii
Resumen.....	x
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1. ANTECEDENTES.....	2
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.4. JUSTIFICACION.....	4
1.5. OBJETIVOS.....	5
1.5.1. OBJETIVO GENERAL.....	5
1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
1.6. HIPÓTESIS.....	5
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>2. MARCO TEORICO.....</b>	<b>6</b>
2.1. SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	6
2.1.1. DEFINICIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	6
2.1.2. ENFERMERÍA Y SEGURIDAD EN EL PACIENTE.....	6
2.1.3. CALIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE.....	7
2.2. CONOCIMIENTO.....	10
2.3. ROL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.....	10
2.3.1. META.....	10
2.3.2. DEBERES FUNDAMENTALES.....	11

2.3.3. LIDERAZGO EN LA BIOSEGURIDAD.....	11
2.3.4. ATENCIÓN INTEGRAL.....	12
2.4. LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA.....	13
2.4.1. EQUIPO QUIRURGICO.....	13
2.4.2. APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA.....	14
2.5. MARCO CONCEPTUAL.....	17
2.6. MARCO CONTEXTUAL.....	18
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>3. DISEÑO METODOLÓGICO.....</b>	<b>21</b>
3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	21
3.2. UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA.....	21
3.3. UNIDAD DE ANALISIS.....	22
3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	22
3.5 VARIABLES.....	23
3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	24
3.7. RECOLECCIÓN DE DATOS.....	28
3.8. PLAN DE ANÁLISIS.....	28
3.9. ASPECTOS ÉTICOS.....	28
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>29</b>
<b>CAPÍTULO V</b>	
<b>5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>64</b>
5.1. CONCLUSIONES.....	64
5.2. RECOMENDACIONES.....	66
BIBLIOGRAFIA.....	67
ANEXOS.....	72

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	
Características del personal de enfermería, según grupo etareo, Hospital Municipal Francés, 2019.....	29
Tabla 2	
Características del personal de enfermería, según grado académico, Hospital Municipal Francés, 2019.....	31
Tabla 3	
Características del personal de enfermería, según experiencia en el servicio, Hospital Municipal Francés, 2019.....	33
Tabla 4	
Conocimiento del personal de enfermería, según creación del listado de verificación, Hospital Municipal Francés, 2019.....	35
Tabla 5	
Conocimiento del personal de enfermería, según aplicación del listado de verificación, Hospital Municipal Francés, 2019.....	37
Tabla 6	
Conocimiento del personal de enfermería, según demarcación de sitio quirúrgico en el paciente, Hospital Municipal Francés, 2019.....	39
Tabla 7	
Conocimiento del personal de enfermería, según verificación de los aparatos de anestesia y la medicación, Hospital Municipal Francés, 2019.....	39
Tabla 8	
Conocimiento del personal de enfermería, según evaluación de vía aérea difícil y el riesgo de aspiración, Hospital Municipal Francés, 2019.....	43

Tabla 9	
Conocimiento del personal de enfermería, según riesgo de hemorragia, Hospital Municipal Francés, 2019.....	45
Tabla 10	
Conocimiento del personal de enfermería, según confirmación de la identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento, Hospital Municipal Francés, 2019.....	47
Tabla 11	
Conocimiento del personal de enfermería, según profilaxis antibiótica, Hospital Municipal Francés, 2019.....	49
Tabla 12	
Conocimiento del personal de enfermería, según previsión de eventos críticos por parte del cirujano, Hospital Municipal Francés, 2019.....	51
Tabla 13	
Conocimiento del personal de enfermería, según previsión de eventos críticos por parte de la enfermera, Hospital Municipal Francés, 2019...	53
Tabla 14	
Conocimiento del personal de enfermería, según actividades confirmadas intraoperatoria, Hospital Municipal Francés, 2019.....	55
Tabla 15	
Conocimiento del personal de enfermería, según aspectos críticos en la recuperación y el tratamiento, Hospital Municipal Francés, 2019....	57
Tabla 16	
Verificar el llenado de la lista de verificación de la seguridad, según Fase preoperatoria, Hospital Municipal Francés, 2019.....	59
Tabla 17	
Verificar el llenado de la lista de verificación de la seguridad, según Fase intraoperatoria, Hospital Municipal Francés, 2019.....	62

## ÍNDICE DE GRÁFICO

Gráfico 1	
Características del personal de enfermería, según grupo etareo, Hospital Municipal Francés, 2019.....	29
Gráfico 2	
Características del personal de enfermería, según grado académico, Hospital Municipal Francés, 2019.....	31
Gráfico 3	
Características del personal de enfermería, según experiencia en el servicio, Hospital Municipal Francés, 2019.....	33
Gráfico 4	
Conocimiento del personal de enfermería, según creación del listado de verificación, Hospital Municipal Francés, 2019.....	35
Gráfico 5	
Conocimiento del personal de enfermería, según aplicación del listado de verificación, Hospital Municipal Francés, 2019.....	37
Gráfico 6	
Conocimiento del personal de enfermería, según demarcación de sitio quirúrgico en el paciente, Hospital Municipal Francés, 2019.....	39
Gráfico 7	
Conocimiento del personal de enfermería, según verificación de los aparatos de anestesia y la medicación, Hospital Municipal Francés, 2019.....	41
Gráfico 8	
Conocimiento del personal de enfermería, según evaluación de vía aérea difícil y el riesgo de aspiración, Hospital Municipal Francés, 2019.....	43

Gráfico 9	
Conocimiento del personal de enfermería, según riesgo de hemorragia, Hospital Municipal Francés, 2019.....	45
Gráfico 10	
Conocimiento del personal de enfermería, según confirmación de la identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento, Hospital Municipal Francés, 2019.....	47
Gráfico 11	
Conocimiento del personal de enfermería, según profilaxis antibiótica, Hospital Municipal Francés, 2019.....	49
Gráfico 12	
Conocimiento del personal de enfermería, según previsión de eventos críticos por parte del cirujano, Hospital Municipal Francés, 2019.....	51
Gráfico 13	
Conocimiento del personal de enfermería, según previsión de eventos críticos por parte de la enfermera, Hospital Municipal Francés, 2019...	53
Gráfico 14	
Conocimiento del personal de enfermería, según actividades confirmadas intraoperatoria, Hospital Municipal Francés, 2019.....	55
Gráfico 15	
Conocimiento del personal de enfermería, según aspectos críticos en la recuperación y el tratamiento, Hospital Municipal Francés, 2019....	57
Gráfico 16	
Verificar el llenado de la lista de verificación de la seguridad, según Fase preoperatoria, Hospital Municipal Francés, 2019.....	60
Gráfico 17	
Verificar el llenado de la lista de verificación de la seguridad, según Fase intraoperatoria, Hospital Municipal Francés, 2019.....	62

## RESUMEN

El objetivo es determinar el nivel de conocimiento y aplicación del procedimiento de Cirugía Segura por el personal de enfermería en el pre, intra y postoperatorias en el servicio de quirófano, Hospital Municipal Francés, enero-agosto 2019. El tipo de estudio fue descriptivo, prospectivo y transversal.

En consideración al análisis de las características sociodemográficas del personal de enfermería se observa que el 57% tienen de 31 a 40 años, el 77% son auxiliares de enfermería y el 72% tienen más de 6 años de experiencia en el servicio de quirófano. Se evaluó el conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre el procedimiento de verificación de Cirugía Segura por el personal de enfermería en el pre, intra y postoperatorias; la mayoría que obtuvieron más de la mitad de respuesta correcta son: El 73% del personal de enfermería respondió correctamente que la creación de la lista de verificación fue realizada por la OMS. El 97% respondió que la evaluación de la vía aérea difícil y el riesgo de aspiración se evalúan antes de la cirugía. El 73% respondió que el riesgo de hemorragia equivale a una pérdida de sangre mayor a 500 ml. El 100% respondió que la confirmación de la identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento se realiza con el paciente despierto. El 57% que la profilaxis antibiótica se debe utilizar 60 minutos antes de la cirugía.

Se recomienda controlar el llenado de la Lista de verificación de cirugía segura, por el personal de enfermería.

### **Palabras claves:**

Conocimiento, aplicación y procedimiento de Cirugía Segura.

## CAPÍTULO I

### 1. INTRODUCCIÓN

La “Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”, se creó a fin de intervenir al paciente correcto, en el sitio del cuerpo correcto, prevenir el daño derivado de la anestesia, evitar el dolor, identificar riesgos de la vía aérea y pérdida significativa de sangre, evitar reacciones alérgicas y adversas a medicamentos, minimizar el riesgo de infección quirúrgica; prevenir la retención inadvertida de gases o instrumental, comunicar e intercambiar de manera efectiva la información del paciente y establecer sistemas de vigilancia y monitorización de la actividad quirúrgica.<sup>1</sup>

La Enfermera Circulante, encargada de planificar todo el acto quirúrgico. En este equipo, la enfermera circulante es la encargada de la lista de verificación de cirugía segura, de formular las preguntas y cumplir en marcar las casillas, cabe resaltar que su uso y desarrollo no depende exclusivamente del personal de enfermería, es imprescindible la colaboración de cirujanos y anestesistas, lo que a veces puede resultar complicado, ya que para conseguir la adecuada utilización del listado es básico el trabajo en equipo. Sin embargo algunos de ellos pueden percibirlo como una imposición, una pérdida de tiempo o incluso una interrupción en el ritmo de trabajo.<sup>2</sup>

La aplicación de los procedimientos se relaciona con las guías y procedimientos que encuentran en los servicios, pero a veces no están escritos y se transmiten por la experiencia.

Siendo necesario evaluar el nivel de conocimiento y aplicación del procedimiento de Cirugía Segura por el personal de enfermería en el pre, intra y postoperatorias en el servicio de quirófano, Hospital Municipal Francés, enero-agosto 2019.

## 1.1 ANTECEDENTES

En el 2008 la OMS, estima que los daños por eventos adversos como consecuencia de las intervenciones quirúrgicas fueron problemas de salud pública en un 40%, se estima que de 234 millones de cirugías que se realizan anualmente en todo el mundo, por lo menos 7 millones tienen complicaciones incapacitantes en un 70%, un 14% ocasionada mayormente por la identificación incorrecta del paciente, sitio incorrecto de la cirugía, complicaciones anestésicas e infección de la herida operatoria.<sup>3</sup>

Según la OMS el problema de la seguridad de la cirugía está ampliamente reconocido en todo el mundo, ya que estudios realizados en países desarrollados confirman la magnitud del problema. En los países en desarrollo, el mal estado de las infraestructuras y del equipo, la irregularidad del suministro y calidad de los medicamentos, las deficiencias en la gestión organizativa en la lucha contra las infecciones, la deficiente capacidad y formación del personal, la grave escasez de recursos.<sup>4</sup>

La lista de verificación de cirugía segura, fue aprobada en 8 ciudades como Toronto (Canadá), Londres (Reino Unido), Ammán (Jordania), Seattle (EEUU), Manila (Filipinas), Ifakara (Tanzania) y Nueva Delhi (India); donde se redujo el índice de complicaciones post-operatorias de 11% a 7%, muertes de 1.5% a 0.8%, infección del sitio quirúrgico de 6.2% a 3.4% y re-operación no planificada de 2.4% a 1.8%.<sup>5</sup>

## **1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

La falta o escasa seguridad en la atención quirúrgica puede provocar daños irreversibles e incluso la muerte. Por ello que se crearon estándares mínimos universales del cuidado quirúrgico, dando como resultado una “Lista de Verificación de Cirugía Segura”, que brinde un entorno de seguridad al paciente durante la cirugía a fin de reducir la probabilidad de daño quirúrgico evitable.

En el servicio de Quirófano del Hospital Municipal Francés, se ha observado que la enfermera es la encargada de planificar todo el acto quirúrgico; así como del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura; en caso de imposibilidad puede ser otro profesional que participe en la cirugía.

Sin embargo, aún persiste el llenado incompleto de la lista de verificación de cirugía segura, muchas veces no se formulan preguntas de forma correcta, marcan las casillas inadecuadamente, anestesiólogos y cirujanos omiten la firma considerándola una pérdida de tiempo o interrupción, otros lo hacen por imposición. Existe escasa conciencia del equipo, e incluso desinterés por su cumplimiento conllevando a la persistencia de graves falencias. Por todo lo anteriormente expuesto, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

## **1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Se aplica el procedimiento de Cirugía Segura por el personal de enfermería en el pre, intra y postoperatorias en el servicio de quirófano, Hospital Municipal Francés, enero-agosto 2019?.

## **1.4. JUSTIFICACIÓN**

### **a) Relevancia personal**

Es conveniente realizar este estudio sobre el cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en todo el acto quirúrgico, ya que lo observado durante las prácticas de la especialidad en los diferentes centros quirúrgicos de los hospitales, los profesionales conocen que deben realizar la lista de verificación; pero no la realizan porque la consideran una pérdida de tiempo, una interrupción en la cirugía o una imposición.

### **b) Relevancia social**

La presente investigación resulta importante, dado que, en la actualidad, existe carencia de estudios sobre el presente tema y dada la importancia del cumplimiento de la lista de verificación, los beneficios de su cumplimiento y perjuicios de la omisión de la lista de verificación de cirugía segura en el servicio de quirófano.

### **c) Relevancia científica**

Los resultados, nos permitirán describir si el equipo quirúrgico cumple con la correcta aplicación de la lista de verificación, el nivel de compromiso del equipo quirúrgico frente a la exposición a que someten al paciente en relación a su seguridad física.

### **d) Utilidad y conveniencia**

Esta investigación será de gran utilidad porque los resultados beneficiarán a un significativo número de pacientes que son intervenidos quirúrgicamente, siendo muchas veces víctimas de una serie de complicaciones e incluso llegar a la muerte innecesariamente.

## **1.5 OBJETIVOS**

### **1.5.1 Objetivo general**

Determinar la aplicación del procedimiento de Cirugía Segura por el personal de enfermería en el pre, intra y postoperatorias en el servicio de quirófano, Hospital Municipal Francés, enero-agosto 2019.

### **1.5.2 Objetivos específicos**

- Identificar las características sociodemográficas del personal de enfermería según grupo etareo, grado académico y experiencia en el servicio de quirófano.
- Evaluar la aplicación por el personal de enfermería del procedimiento de verificación de Cirugía Segura en el pre, intra y postoperatorio.
- Describir el llenado de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en el pre-operatorio e intra-operatorio.

## **1.6 HIPÓTESIS**

Existe conocimiento y aplicación del procedimiento de Cirugía Segura por el personal de enfermería en el pre-operatorio, intra-operatorio, previsión de eventos críticos y postoperatorias en el servicio de quirófano, Hospital Municipal Francés, enero-agosto 2019.

## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 SEGURIDAD DEL PACIENTE**

##### **2.1.1. DEFINICIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.<sup>6</sup>

Según la OMS, es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad.<sup>7</sup>

La seguridad del paciente es resultado de la interacción y el equilibrio permanente, por un lado, de una serie de condiciones latentes que incluyen la cantidad y calidad de los recursos, la llamada cultura de la seguridad y las características del contexto institucional y, por otro, de los profesionales y equipos que desarrollan su actividad en el entramado del sistema sanitario.<sup>8</sup>

##### **2.1.2. ENFERMERIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Los profesionales de enfermería están directamente implicados en la provisión de un ambiente seguro, en el que los pacientes puedan desenvolverse sin sufrir daños y en el que perciban una sensación de seguridad, en la profesión de enfermería hay modelos y teorías que apuntan a satisfacer las necesidades de los pacientes y la necesidad de seguridad es una de ellas.<sup>9</sup>

### **2.1.3 CALIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE**

#### **a) Definición**

Entre algunas definiciones tenemos que según el Diccionario de la Real Academia Española define calidad como: “La propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor”.<sup>10</sup>

La Organización Mundial de la Salud, citado por Ayuso (2006), define la calidad sanitaria como: “La calidad asistencial es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos, terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria optima, teniendo en cuenta todos los factores, conocimientos del paciente en el servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos a la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.<sup>11</sup>

Según Ramos, la calidad de la atención de salud no significa atención exclusiva o sofisticada, sino que se relaciona con la satisfacción total de las necesidades de aquellos que más necesitan el servicio, al menor costo de la organización, y dentro de los límites fijados por las organizaciones superiores.<sup>12</sup>

La calidad de atención no será un tema de complejidad, sino de mejoramiento continuo, la cual puede ser medible y no dependa solo de un grupo de personas, sino que involucra a toda la sociedad, es decir, podemos estar hablando de los determinantes de salud, que permita conformar estándares y elaborar procesos que logren mejoras continuas.<sup>13</sup>

## **b) Enfoques de calidad**

Bajo un punto de vista teórico Vuori distingue tres enfoques en la calidad estructural:<sup>14</sup>

- **Enfoque estructural:** Con buenas condiciones previas es más probable que se tenga como resultado un proceso apropiado de atención.
- **Enfoque del proceso:** Este enfoque se basa en las fases de la atención del conocimiento médico y la tecnología disponible están plenamente aplicados, el resultado probable es que sea bueno.
- **El enfoque del resultado:** Es el índice más concreto para medir la calidad de la asistencia: el fin último de la asistencia sanitaria es curar la enfermedad, frenar su progresión, restablecer la capacidad funcional o aliviar el dolor y el sufrimiento, además de la prevención evitando complicaciones innecesarias.<sup>15</sup>

## **c) Evaluación de calidad en el servicio de enfermería**

Para Avedis Donavedian, además de tener en cuenta el enfoque científico, técnico o profesional, incorpora la opinión de los usuarios; de tal forma que para una buena atención sanitaria es necesario buscar y añadir el mejor equilibrio entre los beneficios y los riesgos, riesgos que deben ser valorados por un usuario plenamente informado. En definitiva, define la calidad en la asistencia sanitaria: “como el grado de utilización de los medios más adecuados con el propósito de conseguir los mayores progresos en la salud satisfaciendo las necesidades de los consumidores”. Por tanto además de defender un criterio de calidad al amparo de las ciencias de la salud y de la tecnología, apunta que no deben olvidarse criterios como la eficacia y la eficiencia de la prestación.<sup>16</sup>

Como definen B. Zas y otros, el proceso de la calidad total llevada a su máxima expresión se convierte en una forma de vida organizacional, hace que cada persona involucrada desempeñe sus tareas completas y cabalmente, en el momento preciso y en el lugar que le corresponde. Esta se define por el usuario y no por la institución; es un enfoque de dar al usuario lo que él necesita, desea, quiere y demanda, es crear usuarios satisfechos.<sup>17</sup>

La Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE), presenta el documento: “Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería” (2003) con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios de enfermería, definiendo criterios que se traduzcan en herramientas de medición, que garanticen las condiciones indispensables para que los cuidados que proporciona el personal de enfermería se brinden con oportunidad, en un ambiente seguro, eficiente y humano en todo el Sistema Nacional de Salud donde propone en esta primera etapa la evaluación de tres indicadores de Aplicación hospitalaria. Para brindar un cuidado de calidad al paciente a lo largo de su evolución se debe proponer actividades básicas para llegar a su entera satisfacción:

- Definir la calidad significa desarrollar expectativas o estándares de calidad, así como diseñar sistemas para producir atención con calidad.
- Medir la calidad consiste en documentar el nivel actual de desempeño o de cumplimiento de los estándares esperados, incluyendo la satisfacción del paciente.
- Mejorar la calidad es la aplicación de los métodos y herramientas de mejoramiento de la calidad para cerrar la brecha entre los niveles actuales y los niveles esperados de calidad, a través de la identificación de las deficiencias de los sistemas con el fin de mejorar los procesos de atención de salud.

En el mismo orden de ideas se hace énfasis en que nadie puede ser discriminado en su intención de alcanzar el desarrollo de su salud.<sup>18</sup>

## **2.2. CONOCIMIENTO**

El conocimiento es una capacidad humana, y su transmisión implica un proceso intelectual de enseñanza aprendizaje.<sup>19</sup>

Desde el punto de vista filosófico, el proceso de conocimiento y de sus productos constituye la esencia de la llamada teoría del conocimiento. Al analizar el proceso de conocimiento encontramos como partes participantes al sujeto cognoscente, el objeto de conocimiento y el conocimiento como producto del proceso cognoscitivo.<sup>20</sup>

## **2.3 ROL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

### **2.3.1 META**

La meta actual en el mundo, es esforzarse en torno a la Seguridad del paciente, incentivar a las instituciones a un trabajo continuo para mitigar el daño en la atención e identificar qué abordajes son los más seguros, aplicarlos cuando verdaderamente se precisen, de manera correcta y sin errores.<sup>21</sup>

Cuidar es la esencia de la profesión y no se debe limitar a sumar los procedimientos técnicos o las habilidades humanas, sino debe ser un proceso en donde se tengan presentes sentimientos, principios, creencias y conocimiento científico para el manejo integral de la persona, como ser único e irrepetible, quien se encuentra en un espacio en donde el ambiente y el tiempo lo hacen transformarse continuamente, como lo plantea Newman, es

decir, generar en la atención a los diferentes usuarios un beneficio y bienestar durante la atención.<sup>22</sup>

### **2.3.2 DEBERES FUNDAMENTALES**

El profesional debe estar consciente y preparado para asumir estos cambios y modificar la interacción con el sujeto de cuidado en una experiencia única para el profesional en enfermería. Solo así, se podrán atender las necesidades de cada individuo de manera integral e identificar los riesgos en su atención ejerciendo una práctica segura, contribuyendo a la seguridad del paciente y generando bienestar en los individuos, de esta forma se obtendrá calidad de los servicios de enfermería; entendido como: “la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable; con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador del servicio.”<sup>23</sup>

Los profesionales en enfermería tienen tres deberes fundamentales:<sup>24</sup>

- Promover la salud.
- Prevenir la enfermedad, restaurar la salud.
- Aliviar el sufrimiento.

### **2.3.3 LIDERAZGO EN LA BIOSEGURIDAD**

Es necesario que el profesional de enfermería sea líder en la sociedad en torno a las prácticas seguras en la actividad diaria, con creatividad y conocimiento adquiriendo el rol interpersonal que le permita interactuar con los demás personas, el rol informacional con el que divulgue y maneje la información adecuadamente, para poder tomar decisiones asertivas y su rol decisonal,

basado en la planeación, organización, integración del personal, dirección y control, creando una visión, misión y políticas claras para lograr obtener éxito en las metas propuestas alrededor de la seguridad del paciente.

Enfermería debe trabajar de la mano con todo el Sistema de Salud en generar Seguridad en el paciente como parte fundamental de Sistema de Salud y por tanto es necesario que los profesionales tomen conciencia de los cambios que se han generado y se adapten empoderándose de su rol y generando soluciones en pro del bienestar de la sociedad.<sup>25</sup>

#### **2.3.4 ATENCIÓN INTEGRAL**

Se debe partir por una definición concreta e integral de una práctica de seguridad del paciente.<sup>26</sup>

Nace entonces la necesidad de formar profesionales en enfermería que brinden una atención integral y comprensiva, involucra un reto para la profesión y un cambio desde la formación para mejorar el perfil del profesional de enfermería, que permita reconocimiento institucional, laboral y social, fortalecer su autonomía, su formación científico técnica y ética para aplicar los principios de calidad científica, justicia, equidad, beneficencia y respeto por el otro.<sup>27</sup> De manera que genere a partir del análisis causal el diseño e implementación de prácticas seguras en los diferentes procesos de atención.<sup>28</sup>

Las prácticas seguras en los diferentes procesos de atención requieren un abordaje organizacional y multidisciplinario, los profesionales de enfermería, están implicados en la creación y desarrollo de diferentes procesos entorno a la seguridad del paciente es "un tipo de proceso o estructura cuya aplicación reduce la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de salud a través de una serie de condiciones o procedimientos".<sup>29</sup>

La difusión de las guías de práctica clínica, de las recomendaciones basadas en la evidencia y de las buenas prácticas debe ser una línea estratégica prioritaria de la política sanitaria y su aplicación a la práctica clínica, una responsabilidad de profesionales sanitarios. La aplicación del conocimiento disponible es una garantía para la seguridad clínica.

## **2.4 LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA**

La lista de verificación de la seguridad de la cirugía se elaboró para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente, pensado como herramienta práctica y fácil de usar; ya que es imposible evaluar adecuadamente la atención quirúrgica sin instrumentos que midan la calidad de la atención.<sup>30</sup>

“La lista de la OMS se basó en tres principios”:<sup>31</sup>

1. **Simplicidad:** Se va a obtener mejores resultados mediante el uso de medidas sencillas.
2. **Amplitud de aplicación:** Su aplicación es universal, no discriminatoria, pues en todos se producen errores que pueden tener soluciones similares.
3. **Mensurabilidad:** Los instrumentos utilizados deben ser aceptables y medibles por los profesionales en cualquier ámbito.

### **2.4.1. EQUIPO QUIRURGICO**

Es el equipo de profesionales que atiende directamente al paciente en el quirófano, está compuesto por los siguientes miembros: Médico Anestesiólogo, Médico Cirujano, Cirujano Asistente, Enfermera Instrumentista y Enfermera Circulante. El equipo quirúrgico aséptico es el cirujano, cirujano

asistente, enfermera instrumentista, y el equipo quirúrgico no aséptico es el anesthesiólogo y la enfermera circulante y el personal técnico, si lo hubiera.<sup>32</sup>

El equipo quirúrgico debe tener responsabilidad y compromiso para que la Cirugía se realice en buenos términos, colaborando todos, desde sus diferentes funciones "...minimizando los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos..."<sup>33</sup>

#### **2.4.2. APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA**

Es fundamental que el proceso de verificación de la lista de chequeo de cirugía segura, lo dirija una sola persona, que por lo general el responsable de llenar las casillas será el (la) enfermero (a) circulante; pero también podría ser cualquier profesional que participe de la operación, la lista de chequeo de cirugía segura se divide en tres fases que corresponden a un periodo de tiempo concreto del procedimiento quirúrgico; en cada una de estas fases, antes de continuar con el procedimiento, el encargado de llenar la lista de chequeo confirmará que el equipo ha cumplido con sus actividades.<sup>34</sup>

El responsable de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía puede y debe impedir que el equipo avance a la siguiente fase de la operación si el paso previo no ha sido cumplido satisfactoriamente y siempre que implique un riesgo importante para la salud del paciente.<sup>35</sup>

La lista de verificación de cirugía segura se define como una herramienta puesta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables.<sup>36</sup>

La lista de verificación de cirugía segura tiene como objetivo reforzar las prácticas quirúrgicas seguras reconocidas, promover una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas.

Los eventos adversos son hechos inesperados no relacionado con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia del proceso de atención médica. Los eventos adversos más comunes son efectos secundarios como:

Las 10 reacciones alérgicas a medicamentos, infecciones intrahospitalarias, dehiscencia de heridas quirúrgicas.<sup>37</sup>

Cirugía segura según la OMS, pretende ser una herramienta a disposición del equipo de salud para mejorar la seguridad en intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables; el cual consta en la primera fase: antes de la inducción de anestesia, la segunda fase: antes de la incisión quirúrgica y la tercera fase: antes que el paciente salga del quirófano.<sup>38</sup>

Cada fase, considera lo siguiente:

La Primera Fase: Antes de Inducción de Anestesia (Registro de Entrada), antes de la inducción anestésica, el coordinador de la Lista de Chequeo repasará verbalmente con el paciente (cuando sea posible) que se ha confirmado su identidad, la localización de la cirugía y el procedimiento a realizar y también que se ha obtenido el consentimiento informado para la intervención. El coordinador confirmará visualmente que el sitio de la intervención ha sido marcado (si procede), y repasará verbalmente con el anestesista el riesgo de hemorragia del paciente, la posible dificultad en la vía aérea y las alergias; así como la revisión del total de controles de seguridad de la anestesia.

La Segunda Fase: Antes de Incisión Quirúrgica (Pausa Quirúrgica), el equipo confirmará que todos los miembros se presenten por su nombre y su función, confirmando el nombre del paciente, zona a ser operada y procedimiento. El cirujano, el anestesista y la enfermera circulante repasarán verbalmente a continuación los aspectos críticos del plan previsto para la intervención, se realizará una pausa inmediatamente antes de la incisión de la piel para confirmar en voz alta que se ha administrado la profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos y que están a la vista las imágenes esenciales, si procede, utilizando las preguntas de la Lista de Chequeo como guía.<sup>39</sup>

La Tercera Fase: Antes que el Paciente salga del Quirófano (Registro de Salida), el cirujano, el anestesista y la enfermera circulante repasarán cada uno en voz alta, los incidentes críticos de la intervención y el plan para un postoperatorio seguro, antes de terminar la intervención y retirar los paños estériles. El cirujano confirmará el procedimiento realizado, el anestesista el plan de recuperación y la enfermera la identificación de las muestras biológicas, y el recuento de gasas e instrumental.

Mediante la designación de una única persona para confirmar que se cumpla cada ítem de la lista de chequeo, se trata de conseguir que estas medidas no se omitan por la rapidez en los pasos entre las fases de una intervención.

La lista de verificación reducirá la probabilidad de daño quirúrgico grave evitable y ayudará a garantizar que el equipo quirúrgico siga de forma sistemática las medidas de seguridad esenciales, minimizando así los riesgos evitables más habituales que ponen en peligro la vida y el bienestar de los pacientes quirúrgicos.

## 2.5 MARCO CONCEPTUAL

**La seguridad del paciente:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.

**Lista de verificación de cirugía segura:** Es para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente, pensado como herramienta práctica y fácil de usar; ya que es imposible evaluar adecuadamente la atención quirúrgica sin instrumentos que midan la calidad de la atención.

**Conocimiento:** El conocimiento se define como la acumulación de saberes fundamentales, adquirida a través del sistema educacional formal, la familia, la persona, la empresa y los diversos recursos de información la que le da a la persona el conocimiento general y transferible al empleo.

**Procedimientos:** Un procedimiento es un conjunto de acciones u operaciones que tienen que realizarse de la misma forma, para obtener siempre el mismo resultado bajo las mismas circunstancias (por ejemplo, procedimiento de emergencia).

**Calidad:** La calidad asistencial es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos, terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores, conocimientos del paciente en el servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos a la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

## **2.6 MARCO CONTEXTUAL**

### **a) Historia del Hospital Municipal Francés**

El 19 de octubre del año 2006 se inaugura el primer hospital público de segundo nivel en el municipio de Santa Cruz de la sierra, luego de 20 años de haber sido construido el Hospital Universitario Japonés, y se da gracias a la cooperación francesa que en un convenio de desendeudamiento y desarrollo denominado C2D, firma en el año 2003 con nuestro gobierno nacional un contrato donde aceptando el pago de una deuda nuestra.

En sus inicios el hospital contaba con la posibilidad de contar con:

- 21 camas en Cirugía,
- 20 en medicina Interna,
- 31 en pediatría,
- 29 en Gineco-obstetricia,
- 4 en UTI adultos,
- 6 en observación adultos,
- 4 en observación pediátrica y
- 16 en neonatología entre UTI, UCI y Pre alta.

Actualmente cuenta con una superficie de 17. 372 m<sup>2</sup> y una Superficie construida: 8 458.30 m<sup>2</sup> (dos plantas).

### **b) Misión**

Brindar a la población de la RED SUR, una atención integral, eficiente y de calidad en los servicios de promoción, prevención, curación, y rehabilitación, sin exclusión de género y edad, con participación activa de la sociedad; e

incentivando la formación de recursos humanos orientados a la investigación científica dentro de un ambiente institucional humano y ético.

#### **d) Visión**

Constituirnos en un hospital modelo de gestión, en la atención del segundo nivel, con infraestructura moderna, equipamiento adecuado, con recursos humanos capacitados y comprometidos, que resuelvan con eficiencia las necesidades integrales de salud, mejorando la calidad de vida de la comunidad.

#### **e) Políticas**

- **Atención:** De patologías específicas de segundo nivel, y según la capacidad resolutive, algunas de tercer nivel.
- **Comunidad:** Educar, promocionar, prevenir. (Capacitar a las comunidades sobre salud, nutrición, educación familiar, violencia familiar, etc.).
- **Referencia y contrarreferencia:** Coordinar con la Gerencia de La Red Sur y los establecimientos de salud de primer y tercer nivel, para el ajuste de la referencia y contra referencia.
- **Calidad:** Conformación de comités. (Concejo técnico, residuos sólidos, infecciones nosocomiales, historias clínicas, etc.).
- **Docencia:** Formación de recursos humanos y capacitación académica, a través de convenios interinstitucionales.
- **Investigación:** Realizar investigaciones en el campo Médico y Social para mejorar la atención en beneficio de la población.

e) Organigrama del hospital

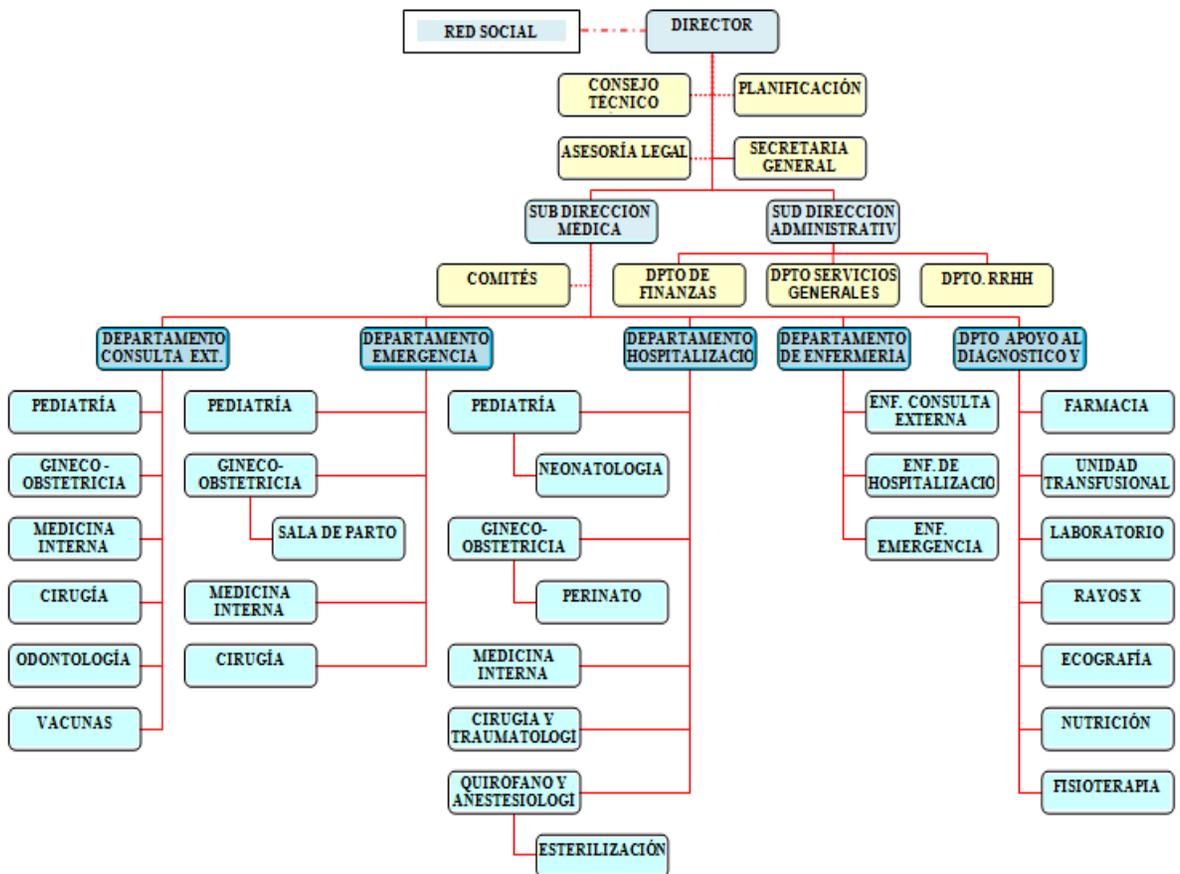


Figura 1. Organigrama del Hospital Municipal Francés

## CAPÍTULO III

### 3. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio observacional analítico, correlacional y transversal:

- **Observacional**, pues no se manipuló el factor de estudio; el investigador simplemente observó y tomó nota. Y es observacional analítico, es decir, describe las asociaciones y analiza sus posibles causas y efectos.
- **Correlacional**, tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más variables en un contexto de particularidad. Los estudios correlacionales miden cada uno de ellos y se analizan la vinculación.
- **Transversal**, porque la obtención de datos se realiza en un momento dado y en un lugar determinado. Se estudiaron a varios sujetos, pero todos ellos en un momento determinado de su vida se estudian las variables simultáneamente, haciendo un corte en el tiempo. Los fenómenos se captan durante el periodo de colecta de datos.

#### 3.2 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA

##### a) Universo

El universo para el presente trabajo de investigación está constituido por todo el personal de enfermería, con un total de 30 enfermeras.

<b>Personal</b>	<b>Total</b>
Licenciadas	7
Auxiliares	23
<b>Total</b>	<b>30</b>

### **b) Población**

Está constituido por el 100% del personal de enfermería que trabaja en el servicio de quirófano, con un total de 30.

### **c) Muestra**

La muestra está conformada por 30 enfermeras que equivalen al 100% de la población.

## **3.3 UNIDAD DE ANALISIS**

Es el personal de enfermería que trabaja en el servicio de quirófano.

## **3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

Los criterios de inclusión son:

- Personal de enfermería que trabaja en el servicio de quirófano.
- Personal de enfermería que realiza el llenado de la Lista de verificación de cirugía segura.

Los criterios de exclusión son:

- Personal de enfermería que trabaja en otros servicios.
- Personal de enfermería que no realiza el llenado de la Lista de verificación de cirugía segura.

### 3.5 Variables

- **Variables independientes:** Procedimiento de Cirugía Segura.

Pre-operatorio.

Intra-operatorio.

- **Variables dependientes:**

Conocimiento.

Aplicación de procedimiento.

- **Variables intervinientes:**

Etareo.

Grado académico.

Experiencia en el servicio de quirófano.

### 3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Identificar las características sociodemográficas del personal de enfermería según grupo etareo, grado académico y experiencia en el servicio de quirófano.

Variable	Tipo variable	Concepto de variable	Escala	Indicador	ítem
Grupo etareo	Discreta	Tiempo de vida de una persona desde el nacimiento hasta la actualidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;30 años</li> <li>• 31 a 40 años</li> <li>• 41 a 50 años</li> </ul>	Nº de años	¿Cuántos años tiene?
Grado académico	Nominal	Es el conocimiento adquirido formalmente en un sistema educativo formal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auxiliares de enfermería</li> <li>• Instrumentadoras</li> <li>• Licenciadas de enfermería</li> </ul>	Cursos vencidos	¿Qué cursos de posgrado ha completado?
Experiencia	Discreta	Es el lapso de tiempo de permanencia en el servicio de quirófano.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;1 años</li> <li>• 2 a 5 años</li> <li>• 6 a 10 años</li> </ul>	Nº de años	¿Cuántos años trabaja en el servicio?

Evaluar la aplicación por el personal de enfermería del procedimiento de verificación de Cirugía Segura en el pre, intra y postoperatorio.

Variable	Tipo de variable	Concepto de variable	Escala	Indicador	ítem
Conocimiento	Nominal	Acumulación de saberes fundamentales, adquirida a través del sistema educacional formal, la familia, la persona, la empresa y los diversos recursos de información la que le da a la persona el conocimiento general y transferible al empleo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conoce</li> <li>• No conoce</li> </ul>	% de conocimiento Pre-operatorio	1. El listado de verificación fue creado por: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Ministerio de salud pública de Bolivia (MSP)</li> <li>b) Organización panamericana de la Salud (OPS)</li> <li>c) Organización Mundial de la Salud (OMS)</li> <li>d) Todas son correctas</li> <li>e) Ninguna es correcta</li> </ol>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conoce</li> <li>• No conoce</li> </ul>		2. El listado de verificación de cirugía segura se debe aplicar en: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Todos los hospitales del país</li> <li>b) Solo en hospitales de 3er nivel</li> <li>c) No se puede aplicar en clínicas privadas</li> </ol>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conoce</li> <li>• No conoce</li> </ul>		3. La demarcación de sitio quirúrgico en el paciente lo realiza: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) El cirujano</li> <li>b) El Anestesiólogo</li> <li>c) La Enfermera</li> </ol>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conoce</li> <li>• No conoce</li> </ul>		4. La verificación de los aparatos de anestesia y la medicación se realiza cuando la paciente esta: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Consciente</li> <li>b) Anestesiado</li> <li>c) Después de la cirugía</li> </ol>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conoce</li> <li>• No conoce</li> </ul>		5. La vía aérea difícil y el riesgo de aspiración se evalúa: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Antes de la cirugía</li> <li>b) Durante la cirugía</li> </ol>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conoce</li> <li>• No conoce</li> </ul>		6. El riesgo de hemorragia equivale a: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Mayor a 2000 ml (7ml/kg en niños)</li> <li>b) Mayor a 400 ml (7ml/kg en niños)</li> <li>c) Mayor a 500 ml (7ml/kg en niños)</li> <li>d) Mayor de 1000 ml (7ml/kg en niños)</li> </ol>

Variable	Tipo de variable	Concepto de variable	Escala	Indicador	ítem
Conocimiento	Nominal	Acumulación de saberes fundamentales , adquirida a través del sistema educacional formal, la familia, la persona, la empresa y los diversos recursos de información la que le da a la persona el conocimiento general y transferible al empleo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conoce</li> <li>• No conoce</li> </ul>	% de conocimiento Intra - operatorio	7. La confirmación de la identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento se realiza con el paciente: a) Despierto b) Bajo anestesia
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conoce</li> <li>• No conoce</li> </ul>		8. La profilaxis antibiótica se debe utilizar: a) 30 minutos antes de la cirugía b) 60 minutos antes de la cirugía c) 90 minutos antes de la cirugía
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conoce</li> <li>• No conoce</li> </ul>		9. En la previsión de eventos críticos por parte del cirujano todo es correcto excepto: a) Describir pasos críticos b) La duración de la operación c) La pérdida de sangre prevista d) La técnica quirúrgica e) La edad del paciente
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conoce</li> <li>• No conoce</li> </ul>		10. En la previsión de eventos críticos por parte de la enfermera es correcto a) Confirmar la esterilidad de equipos b) Informar problemas relacionados con el instrumental y equipos c) Visualizar imágenes diagnosticas esenciales d) Todo es correcto e) Ninguna es correcta
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conoce</li> <li>• No conoce</li> </ul>		11. Señale lo verdadero: a) La enfermera confirma verbalmente el nombre del procedimiento b) El recuento de instrumento (gasas y compresas) c) El etiquetado de las muestras en voz alta con el nombre del paciente d) Si hay problemas con instrumental y equipos e) Todas son correctas f) Ninguna es correcta
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conoce</li> <li>• No conoce</li> </ul>		12. Los aspectos críticos en la recuperación y el tratamiento del paciente lo indica: a) El cirujano b) El Anestesiólogo c) La Enfermera d) Todos e) Solo a y b

Describir el llenado de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en el pre-operatorio e intra-operatorio.

Variable	Tipo de variable	Concepto de variable	Escala	Indicador	ítem
Llenado de la Lista de Verificación de la Seguridad	Nominal	Es el cumplimiento del llenado realizado por la persona correcta y el registro correcto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	% de llenado Pre-operatorio	El paciente confirma su identidad, el sitio quirúrgico, ¿El procedimiento y su consentimiento?
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>		¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>		¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>		¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>		Tiene el paciente <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alergias conocidas</li> <li>• Vía aérea difícil/riesgo de aspiración</li> <li>• Riesgo de hemorragia &gt;500 ml (7ml/kg en niños)</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	% de llenado Intra-operatorio	Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>		Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>		¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?

### 3.7. RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se aplicará una encuesta tipo cuestionario y una guía de observación.

- **Encuesta:** Para conocer el nivel de conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura.
- **Guía de observación:** Para verificar el llenado de la lista.

### 3.8. PLAN DE ANÁLISIS

Para una mejor comprensión de los resultados se considera tres momentos:

- Crear una base de datos como resultados de la organización de la información con la encuesta y la guía de observación.
- Elaboración de análisis e interpretación de los resultados en el paquete Excel.
- Preparación del informe final en el paquete Word.

### 3.9. ASPECTOS ÉTICOS

Para la presente investigación se elaboró una carta de solicitud de autorización por la jefa de enfermería del hospital, para el levantamiento de los datos y publicación de la tesis. (Ver anexo 1)

## CAPÍTULO IV

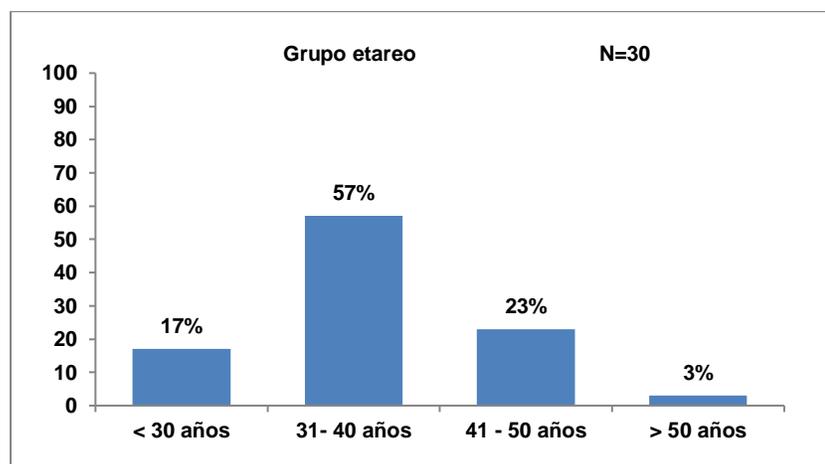
### 4. RESULTADOS Y ANÁLISIS

**Tabla 1**  
**Características del personal de enfermería, según grupo etareo,**  
**Hospital Municipal Francés, 2019**

<b>Grupo etareo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
< 30 años	5	17
31- 40 años	17	57
41 - 50 años	7	23
> 50 años	1	3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico 1**  
**Características del personal de enfermería, según grupo etareo,**  
**Hospital Municipal Francés, 2019**



**Fuente:** Tabla 1

## **INTERPRETACIÓN**

El 57% del personal de enfermería tienen de 31 a 40 años, el 23% de 41 a 50 años, el 17% tienen menos de 30 años y el 3% son mayores de 50 años.

En general se puede observar que el 74% del personal de enfermería tienen menos de 40 años, siendo la mayoría de la población que trabaja en el servicio.

## **ANÁLISIS**

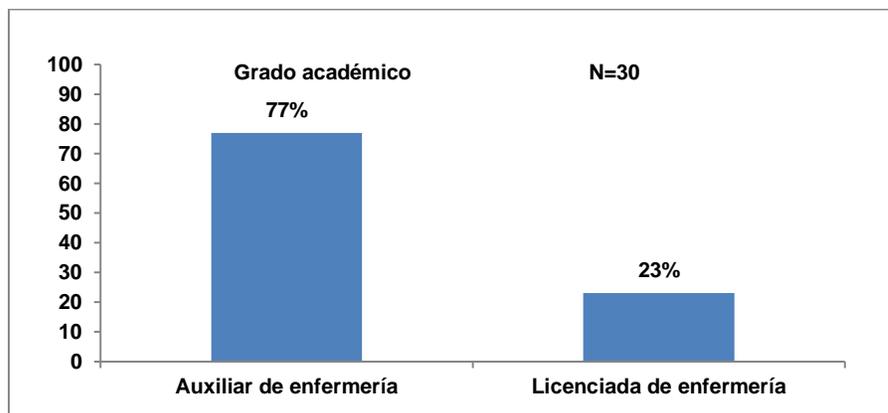
En el presente gráfico se puede observar que la mayoría del personal de enfermería está en una edad de 31 a 40 años, siendo la edad productiva desde el punto de vista laboral.

**Tabla 2**  
**Características del personal de enfermería, según grado académico,**  
**Hospital Municipal Francés, 2019**

<b>Grado académico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Auxiliar de enfermería	23	77
Licenciada de enfermería	7	23
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico 2**  
**Características del personal de enfermería, según grado académico,**  
**Hospital Municipal Francés, 2019**



**Fuente:** Tabla 2

## **INTERPRETACIÓN**

El 77% del personal de enfermería son auxiliares de enfermería y el 23% son licenciadas de enfermería.

## **ANÁLISIS**

En el presente gráfico se puede observar que la mayoría del personal de enfermería es técnico medio en enfermería y en menor cantidad son licenciadas.

**Tabla 3**

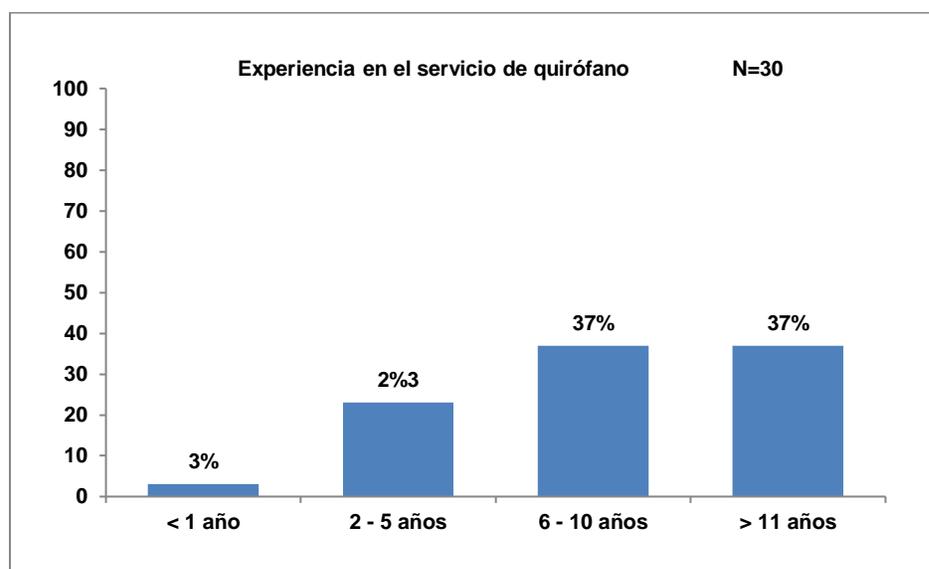
**Características del personal de enfermería, según experiencia en el servicio, Hospital Municipal Francés, 2019**

<b>Experiencia en el servicio</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
< 1 año	1	3
2 - 5 años	7	23
6 - 10 años	11	37
> 11 años	11	37
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 3**

**Características del personal de enfermería, según experiencia en el servicio, Hospital Municipal Francés, 2019**



Fuente: Tabla 3

## **INTERPRETACIÓN**

El 37% del personal de enfermería tiene más de 11 años de experiencia en el servicio, el 37% de 6 a 10 años, el 23% de 2 a 5 años y el 3% tiene menos de 1 año trabajando en el servicio de quirófano.

## **ANÁLISIS**

En el presente gráfico se puede observar que la mayoría del personal de enfermería tiene más de 5 años de antigüedad. Mostrando que el personal de enfermería tiene el tiempo suficiente para conocer los procedimientos y la dinámica de trabajo en Cirugía.

**Tabla 4**

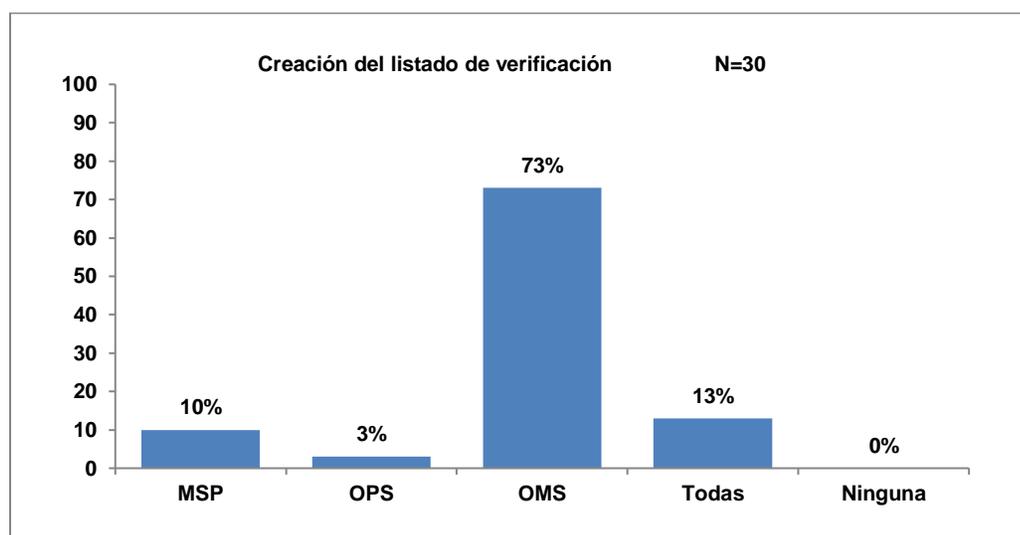
**Conocimiento del personal de enfermería, según creación del listado de verificación, Hospital Municipal Francés, 2019**

<b>Creación del listado de verificación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
a) Ministerio de salud pública de Bolivia (MSP)	3	10
b) Organización panamericana de la Salud (OPS)	1	3
c) Organización Mundial de la Salud (OMS)	22	73
d) Todas son correctas	4	13
e) Ninguna es correcta	0	0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico 4**

**Conocimiento del personal de enfermería, según creación del listado de verificación, Hospital Municipal Francés, 2019**



**Fuente:** Tabla 4

## **INTERPRETACIÓN**

El 73% del personal de enfermería respondió correctamente que la creación de la lista de verificación fue realizada por la OMS, el 13% encerró todas las opciones, el 10% la MSP y el 3% afirma que fue la OPS.

## **ANÁLISIS**

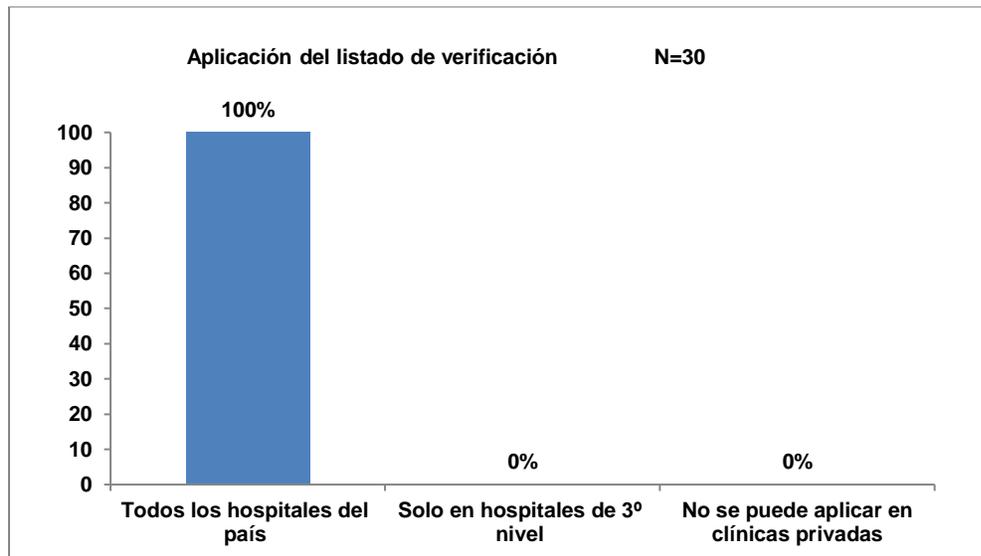
En el presente gráfico se puede observar que la mayoría del personal de enfermería conoce sobre la creación de la lista de verificación porque fue sociabilizado por el servicio.

**Tabla 5**  
**Conocimiento del personal de enfermería, según aplicación del listado de verificación, Hospital Municipal Francés, 2019**

<b>Aplicación del listado de verificación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
a) Todos los hospitales del país	30	100
b) Solo en hospitales de 3º nivel	0	0
c) No se puede aplicar en clínicas privadas	0	0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico 5**  
**Conocimiento del personal de enfermería, según aplicación del listado de verificación, Hospital Municipal Francés, 2019**



**Fuente:** Tabla 5

## **INTERPRETACIÓN**

El 100% del personal de enfermería respondió correctamente que la aplicación se debe aplicar a todos los hospitales del país.

## **ANÁLISIS**

En el presente gráfico se puede observar que todo el personal de enfermería conoce que se debe de aplicar esta lista de verificación en todos los hospitales.

**Tabla 6**

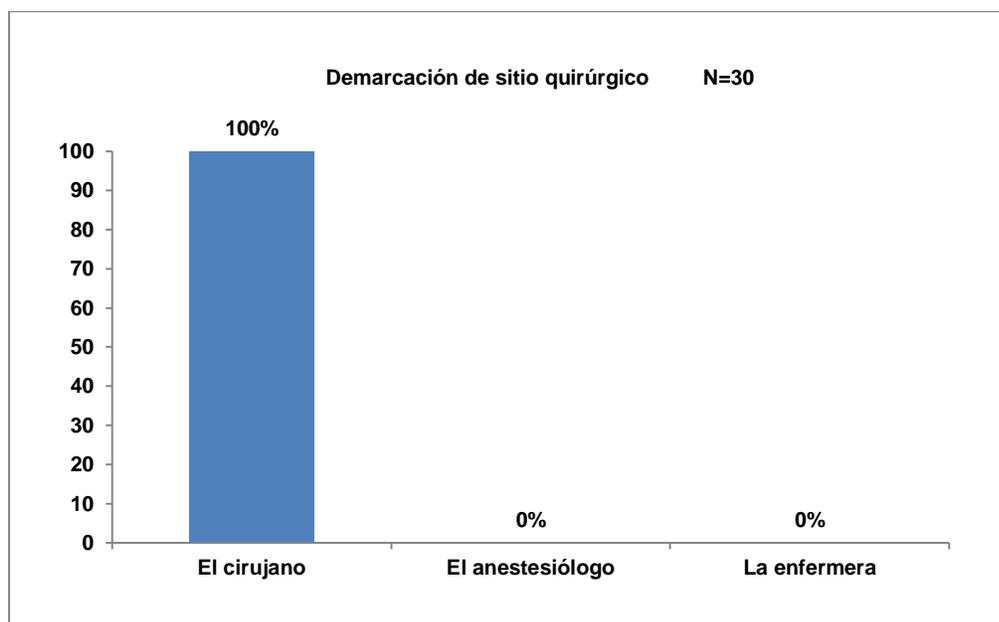
**Conocimiento del personal de enfermería, según demarcación de sitio quirúrgico en el paciente, Hospital Municipal Francés, 2019**

<b>Demarcación de sitio quirúrgico en el paciente</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
a) El cirujano	30	100
b) El anestesiólogo	0	0
c) La enfermera	0	0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico 6**

**Conocimiento del personal de enfermería, según demarcación de sitio quirúrgico en el paciente, Hospital Municipal Francés, 2019**



**Fuente:** Tabla 6

## **INTERPRETACIÓN**

El 100% del personal de enfermería respondió correctamente que la demarcación del sitio quirúrgico lo realiza el cirujano.

## **ANÁLISIS**

En el presente gráfico se puede observar que todo el personal de enfermería conoce que el cirujano debe realizar la demarcación de sitio quirúrgico.

**Tabla 7**

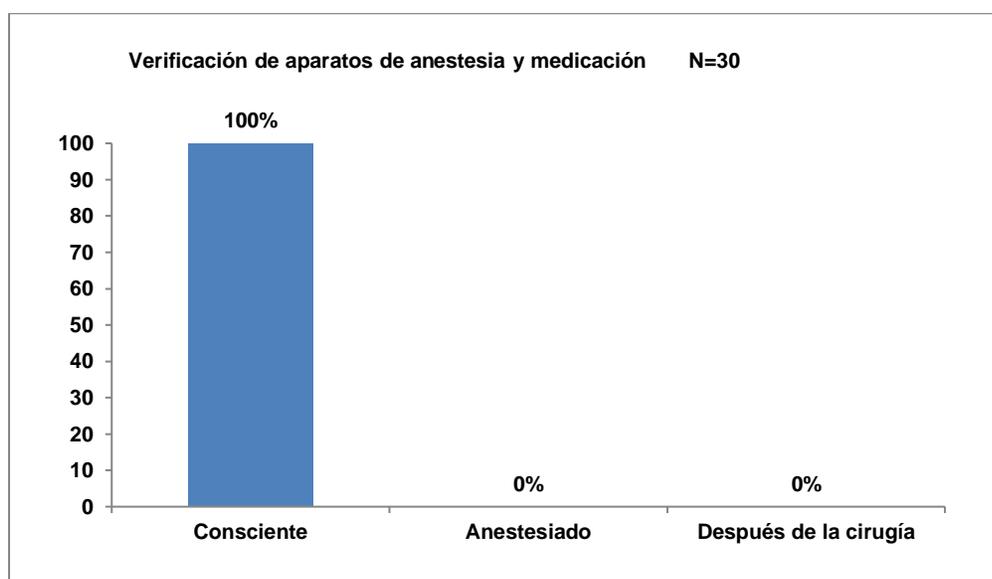
**Conocimiento del personal de enfermería, según verificación de los aparatos de anestesia y la medicación, Hospital Municipal Francés, 2019**

<b>Verificación de los aparatos de anestesia y la medicación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
a) Consciente	30	100
b) Anestesiado	0	0
c) Después de la cirugía	0	0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico 7**

**Conocimiento del personal de enfermería, según verificación de los aparatos de anestesia y la medicación, Hospital Municipal Francés, 2019**



**Fuente:** Tabla 7

## **INTERPRETACIÓN**

El 100% del personal de enfermería respondió correctamente la verificación de los aparatos de anestesia y medicación se realiza cuando el paciente está consciente.

## **ANÁLISIS**

En el presente gráfico se puede observar que todo el personal respondió de forma correcta, que se debe verificar los aparatos de anestesia y la medicación cuando el paciente está consciente.

**Tabla 8**

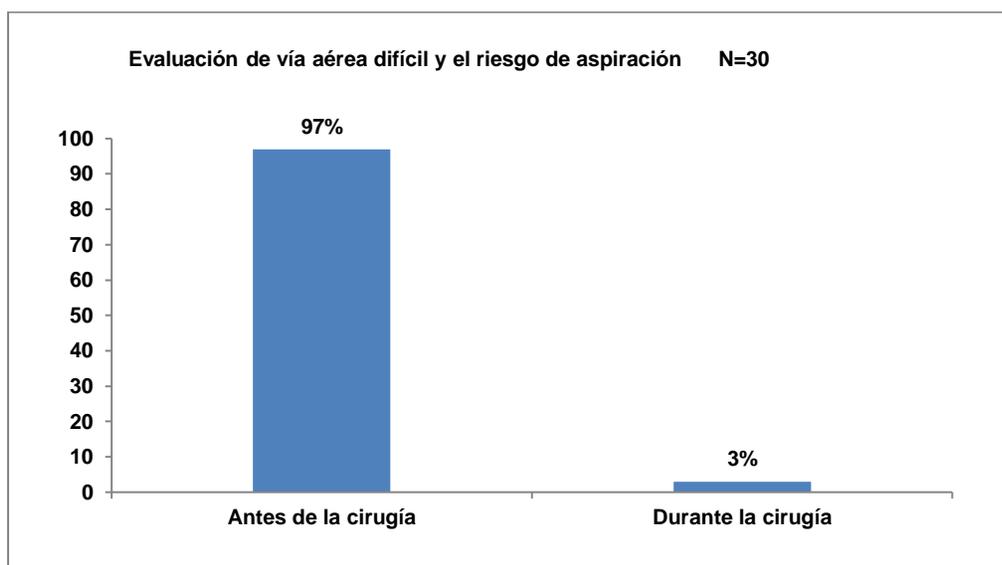
**Conocimiento del personal de enfermería, según evaluación de vía aérea difícil y el riesgo de aspiración, Hospital Municipal Francés, 2019**

<b>Evaluación de vía aérea difícil y el riesgo de aspiración</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
a) Antes de la cirugía	29	97
b) Durante la cirugía	1	3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico 8**

**Conocimiento del personal de enfermería, según evaluación de vía aérea difícil y el riesgo de aspiración, Hospital Municipal Francés, 2019**



**Fuente:** Tabla 8

## **INTERPRETACIÓN**

El 97% del personal de enfermería respondió correctamente que la evaluación de la vía aérea difícil y el riesgo de aspiración se evalúan antes de la cirugía y el 3% indica que se realiza durante la cirugía.

## **ANÁLISIS**

En el presente grafico se puede observar que la mayoría del personal de enfermería respondió de forma correcta, porque se debe evaluar la vía aérea difícil y el riesgo de aspiración antes de la cirugía.

**Tabla 9**

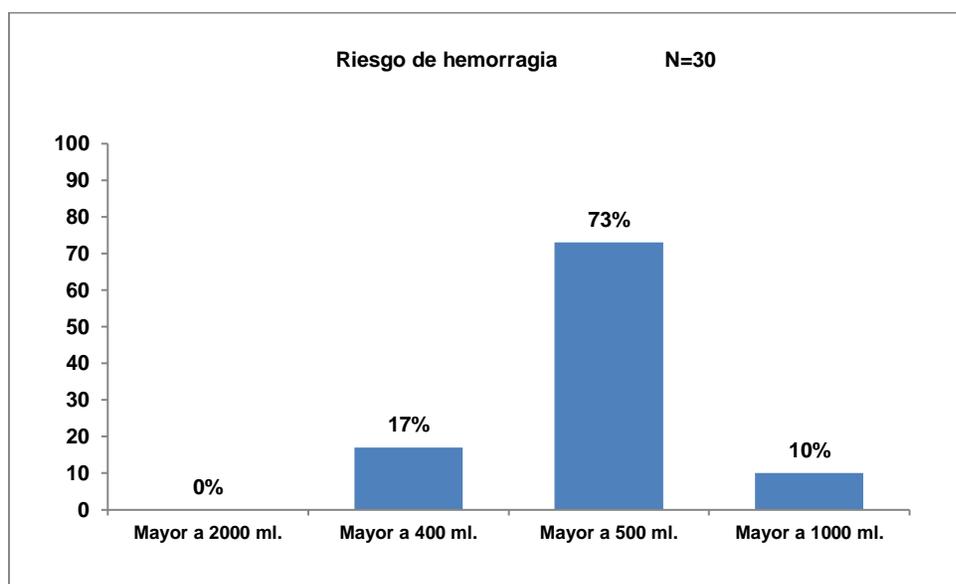
**Conocimiento del personal de enfermería, según riesgo de hemorragia,  
Hospital Municipal Francés, 2019**

<b>Riesgo de hemorragia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
a) Mayor a 2000 ml.	0	0
b) Mayor a 400 ml.	5	17
c) Mayor a 500 ml.	22	73
d) Mayor a 1000 ml.	3	10
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico 9**

**Conocimiento del personal de enfermería, según riesgo de hemorragia,  
Hospital Municipal Francés, 2019**



**Fuente:** Tabla 9

## **INTERPRETACIÓN**

El 73% del personal de enfermería respondió correctamente que el riesgo de hemorragia equivale a una pérdida de sangre mayor a 500 ml, el 17% mayor a 400 ml y el 10% mayor a 1000 ml.

## **ANÁLISIS**

En el presente gráfico se puede observar que la mayoría del personal de enfermería respondió de forma correcta, porque es mayor a 500 ml la pérdida de sangre.

**Tabla 10**

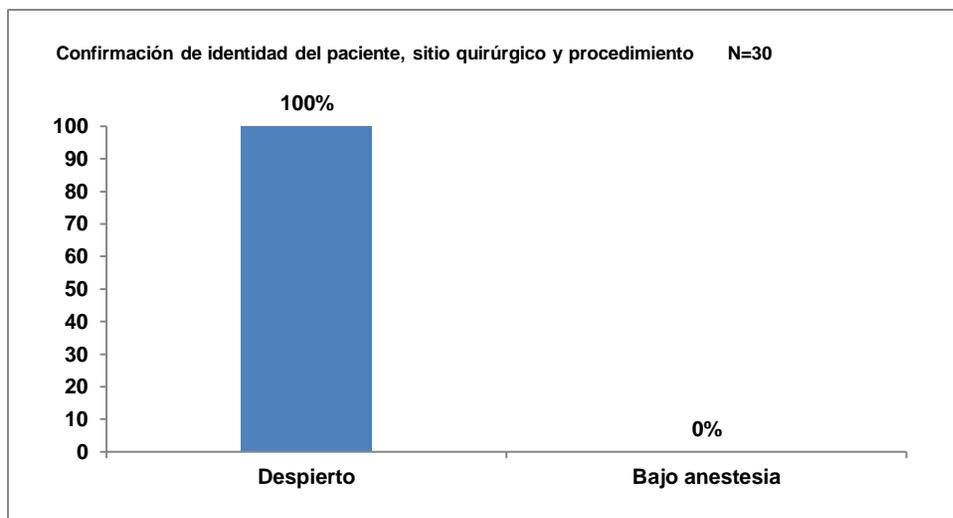
**Conocimiento del personal de enfermería, según confirmación de la identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento, Hospital Municipal Francés, 2019**

<b>Confirmación de la identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Despierto	30	100
Bajo anestesia	0	0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico 10**

**Conocimiento del personal de enfermería, según confirmación de la identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento, Hospital Municipal Francés, 2019**



**Fuente:** Tabla 10

## **INTERPRETACIÓN**

El 100% del personal de enfermería respondió correctamente que la confirmación de la identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento se realiza con el paciente despierto.

## **ANÁLISIS**

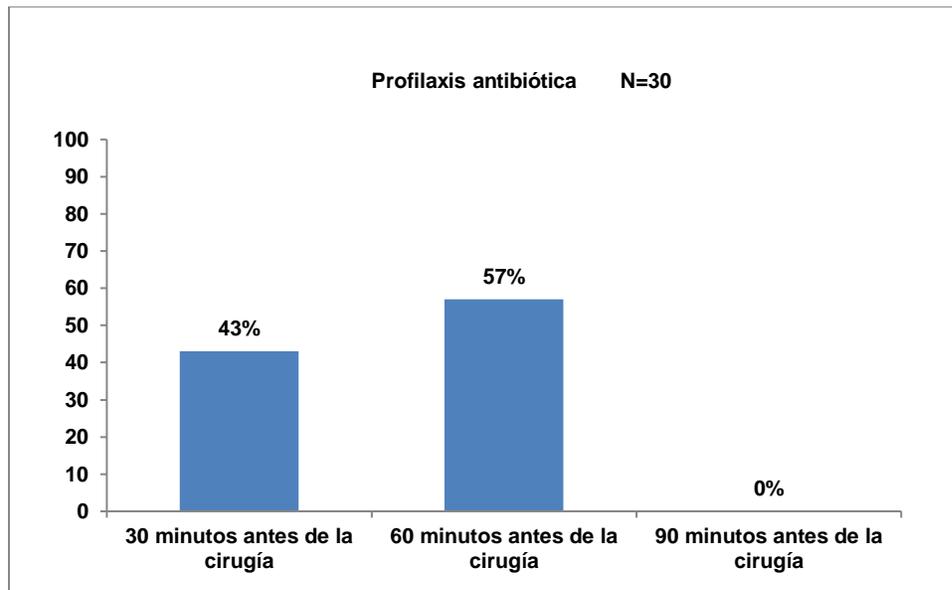
En el presente gráfico se puede observar que todo el personal de enfermería conoce que se debe confirmar tanto la identidad, sitio quirúrgico y procedimiento cuando el paciente está despierto.

**Tabla 11**  
**Conocimiento del personal de enfermería, según profilaxis antibiótica,**  
**Hospital Municipal Francés, 2019**

<b>Profilaxis antibiótica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
30 minutos antes de la cirugía	13	43
60 minutos antes de la cirugía	17	57
90 minutos antes de la cirugía	0	0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico 11**  
**Conocimiento del personal de enfermería, según profilaxis antibiótica,**  
**Hospital Municipal Francés, 2019**



**Fuente:** Tabla 11

## **INTERPRETACIÓN**

El 57% del personal de enfermería respondió correctamente que la profilaxis antibiótica se debe utilizar 60 minutos antes de la cirugía y el 43% es 30 minutos antes de la cirugía.

## **ANÁLISIS**

En el presente gráfico se puede observar que un poco más de la mitad del personal de enfermería respondió de forma correcta, porque se debe realizar la profilaxis antibiótica 60 minutos antes de la cirugía.

**Tabla 12**

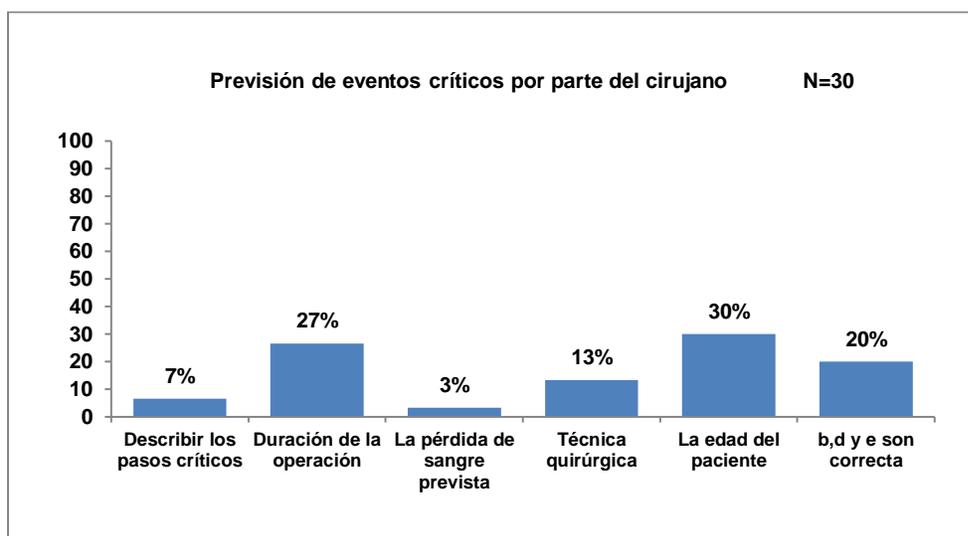
**Conocimiento del personal de enfermería, según previsión de eventos críticos por parte del cirujano, Hospital Municipal Francés, 2019**

<b>Previsión de eventos críticos por parte del cirujano</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
a) Describir los pasos críticos	2	7
b) Duración de la operación	8	27
c) La pérdida de sangre prevista	1	3
d) Técnica quirúrgica	4	13
e) La edad del paciente	9	30
f) b, d y e son correcta	6	20
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico 12**

**Conocimiento del personal de enfermería, según previsión de eventos críticos por parte del cirujano, Hospital Municipal Francés, 2019**



**Fuente:** Tabla 12

## **INTERPRETACIÓN**

El 20% del personal de enfermería respondió correctamente que previsión de eventos críticos por parte del cirujano lo realiza durante la operación, la técnica quirúrgica y la edad del paciente. El 30% respondió que es la edad del paciente, el 27% es la duración de la operación, el 13% la técnica quirúrgica, el 7% la descripción de pasos críticos y el 3% es la pérdida de sangre prevista.

## **ANÁLISIS**

En el presente grafico se puede observar que menos de la mitad del personal de enfermería conoce la previsión de eventos críticos por parte del cirujano.

**Tabla 13**

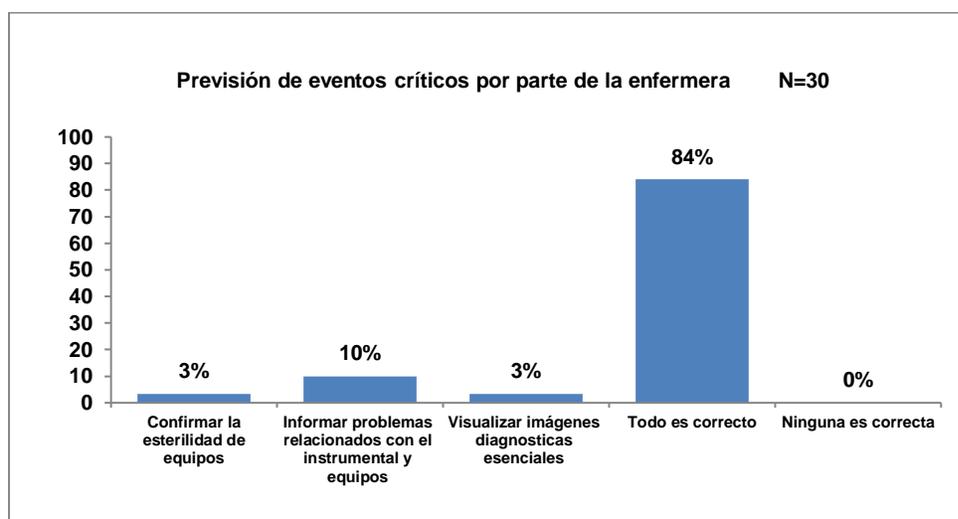
**Conocimiento del personal de enfermería, según previsión de eventos críticos por parte de la enfermera, Hospital Municipal Francés, 2019**

<b>Previsión de eventos críticos por parte de la enfermera</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
a) Confirmar la esterilidad de equipos	1	3
b) Informar problemas relacionados con el instrumental y equipos	3	10
c) Visualizar imágenes diagnosticas esenciales	1	3
d) Todo es correcto	25	84
e) Ninguna es correcta	0	0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico 13**

**Conocimiento del personal de enfermería, según previsión de eventos críticos por parte de la enfermera, Hospital Municipal Francés, 2019**



**Fuente:** Tabla 13

## **INTERPRETACIÓN**

El 84% del personal de enfermería respondió correctamente que la previsión de eventos críticos por parte de la enfermera es por la confirmación de esterilidad de equipo, información sobre problemas relacionados con el instrumental y visualizan imágenes diagnósticas esenciales. El 10% informan problemas relacionados con el instrumental, 3% visualizan imágenes diagnósticas esenciales y el 3% es por la confirmación de la esterilidad de equipos.

## **ANÁLISIS**

En el presente gráfico se puede observar que la mayoría del personal de enfermería conoce la previsión de eventos críticos por parte de la enfermera.

**Tabla 14**

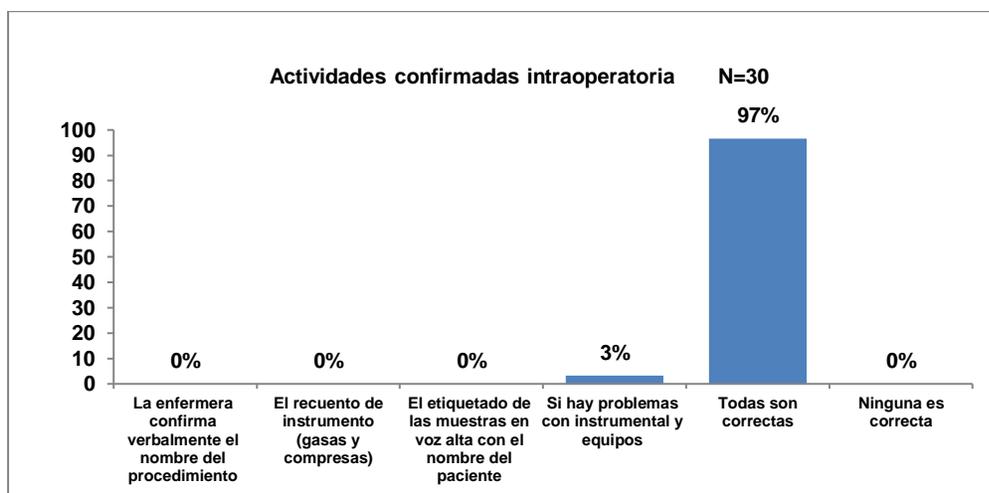
**Conocimiento del personal de enfermería, según actividades confirmadas intraoperatoria, Hospital Municipal Francés, 2019**

<b>Actividades confirmadas intraoperatoria</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
a) La enfermera confirma verbalmente el nombre del procedimiento	0	0
b) El recuento de instrumento (gasas y compresas)	0	0
c) El etiquetado de las muestras en voz alta con el nombre del paciente	0	0
d) Si hay problemas con instrumental y equipos	1	3
e) Todas son correctas	29	97
f) Ninguna es correcta	0	0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico 14**

**Conocimiento del personal de enfermería, según actividades confirmadas intraoperatoria, Hospital Municipal Francés, 2019**



**Fuente:** Tabla 14

## **INTERPRETACIÓN**

El 97% del personal de enfermería respondió correctamente que todas son verdaderas: La enfermera confirma verbalmente el nombre del procedimiento, el recuento de instrumento (gasas y compresas), el etiquetado de las muestras en voz alta con el nombre del paciente y si hay problemas con instrumental y equipos. El 3% respondió informar si hay problemas con instrumental y equipos.

## **ANÁLISIS**

En el presente gráfico se puede observar que casi todo el personal de enfermería conoce que se debe confirmar de forma verbal las actividades intraoperatorias.

**Tabla 15**

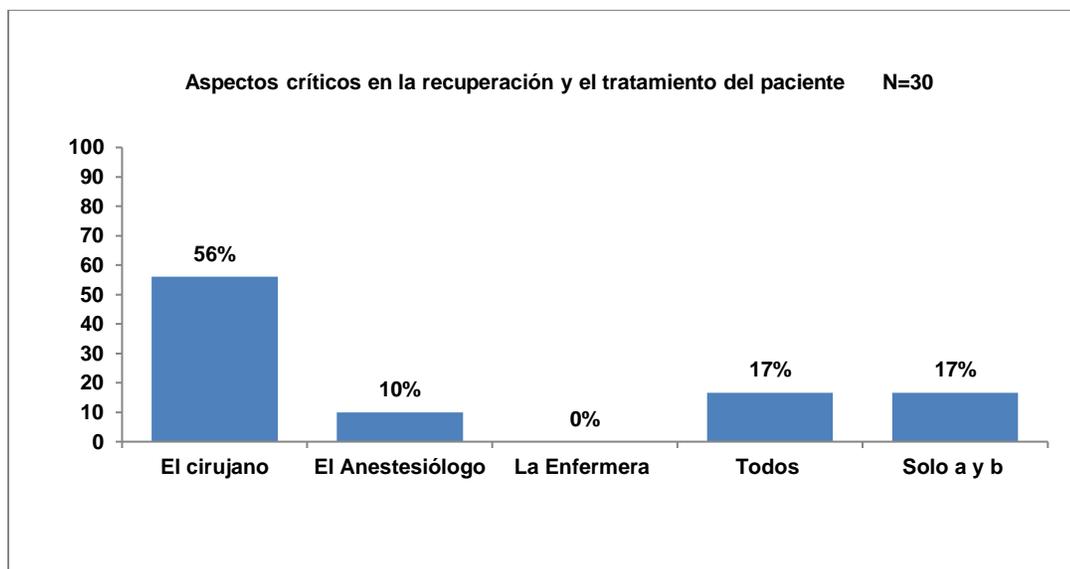
**Conocimiento del personal de enfermería, según aspectos críticos en la recuperación y el tratamiento, Hospital Municipal Francés, 2019**

<b>Aspectos críticos en la recuperación y el tratamiento del paciente</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
a) El cirujano	17	56
b) El Anestesiólogo	3	10
c) La Enfermera	0	0
d) Todos	5	17
e) Solo a y b	5	17
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico 15**

**Conocimiento del personal de enfermería, según aspectos críticos en la recuperación y el tratamiento del paciente, Hospital Municipal Francés, 2019**



**Fuente:** Tabla 15

## **INTERPRETACIÓN**

El 17% del personal de enfermería respondió correctamente que los aspectos críticos en la recuperación y el tratamiento del paciente lo indica el cirujano y el anestesiólogo. El 56% afirma que es el cirujano, el 17% indican que son todas las opciones y el 10% solo el anestesiólogo.

## **ANÁLISIS**

En el presente gráfico se puede observar que menos de la mitad del personal de enfermería conoce que los aspectos críticos en la recuperación y tratamiento del paciente lo debe de realizar el cirujano y el anestesiólogo.

**Tabla 16**

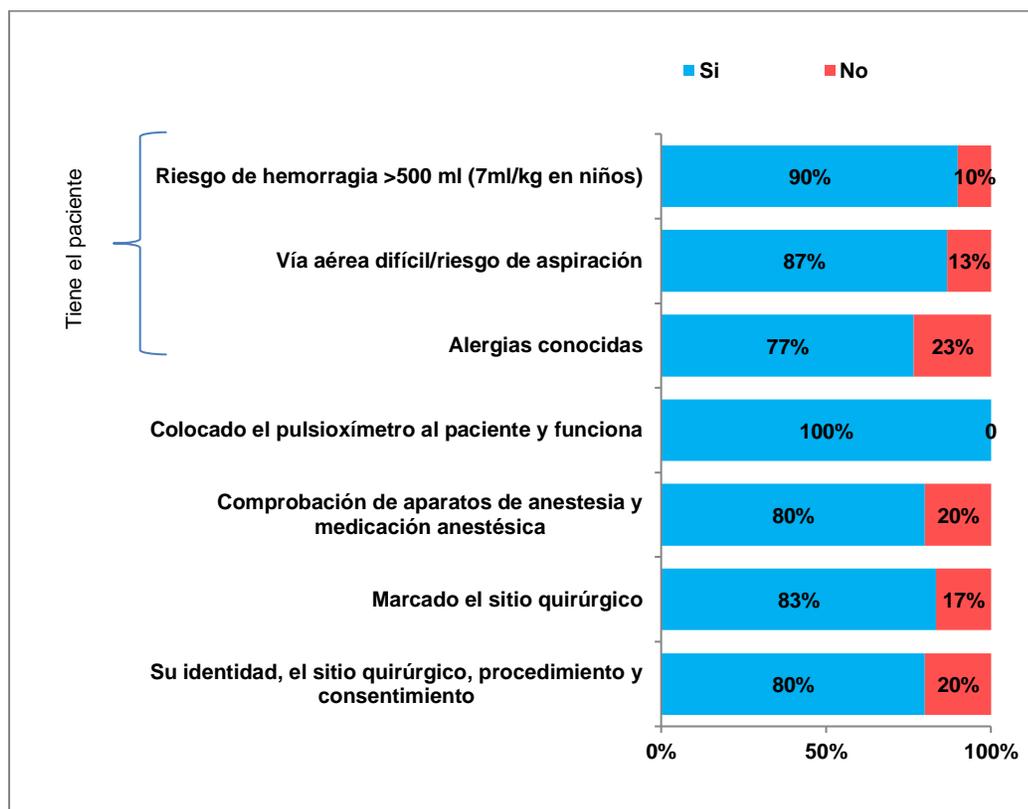
**Verificar el llenado de la lista de verificación de la seguridad, según  
Fase preoperatoria, Hospital Municipal Francés, 2019**

Fase preoperatoria		Si		No		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Su identidad, el sitio quirúrgico, procedimiento y consentimiento		24	80	6	20	30	100
2. Marcado el sitio quirúrgico		25	83	5	17	30	100
3. Comprobación de aparatos de anestesia y medicación anestésica		24	80	6	20	30	100
4. Colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona		30	100	0	0	30	100
5. Tiene el paciente	Alergias conocidas	23	77	7	23	30	100
	Vía aérea difícil/riesgo de aspiración	26	87	4	13	30	100
	Riesgo de hemorragia >500 ml (7ml/kg en niños)	27	90	3	10	30	100

**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico 16**

**Verificar el llenado de la lista de verificación de la seguridad, según Fase preoperatoria, Hospital Municipal Francés, 2019**



**Fuente:** Tabla 16

## **INTERPRETACIÓN**

El 80% del personal de enfermería en la fase preoperatoria conoce la identidad, el sitio quirúrgico, procedimiento y consentimiento del paciente. El 20% no.

El 83% realiza el marcado el sitio quirúrgico y el 17% no lo realiza. El 80% realiza la comprobación de aparatos de anestesia y medicación anestésica y

el 20% no lo realiza. El 100% realiza el colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona.

El personal de enfermería identifica en el paciente las alergias conocidas en el 77% y el 23% no lo identifica. El 87% la vía aérea difícil/riesgo de aspiración y el 13% no. El 90% identifica el riesgo de hemorragia >500 ml (7ml/kg en niños) y el 10% no lo hace.

## **ANÁLISIS**

En el presente gráfico se puede observar que la mayoría del personal de enfermería realiza de forma correcta el llenado de la lista de verificación de cirugía segura en la fase preoperatoria.

**Tabla 17**

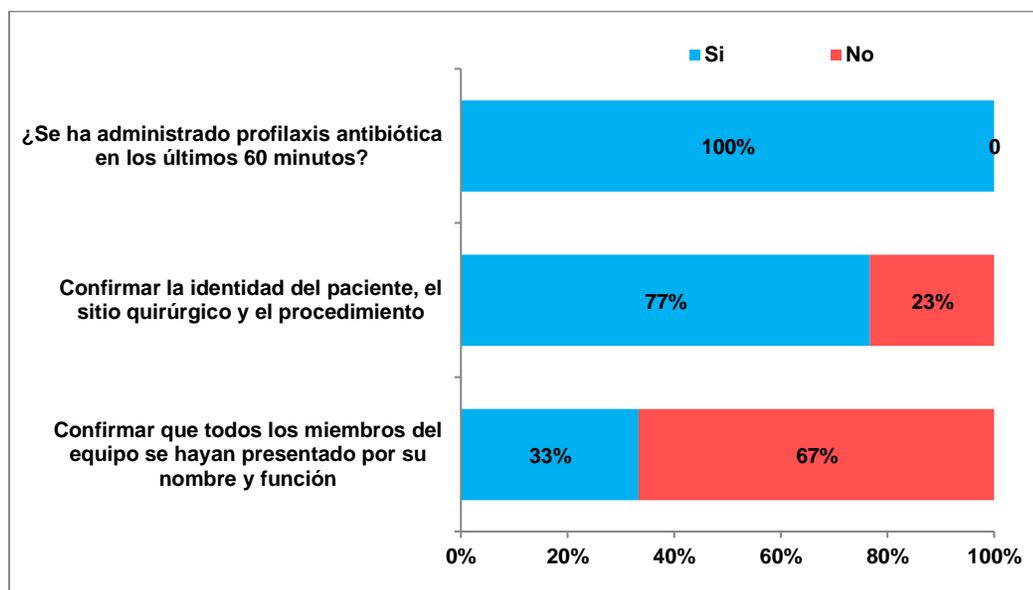
**Verificar el llenado de la lista de verificación de la seguridad, según Fase intraoperatoria, Hospital Municipal Francés, 2019**

Fase intraoperatoria	Si		No		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función	10	33	20	67	30	100
Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento	23	77	7	23	30	100
¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?	30	100	0	0	30	100

**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico 17**

**Verificar el llenado de la lista de verificación de la seguridad, según Fase intraoperatoria, Hospital Municipal Francés, 2019**



**Fuente:** Tabla 17

## **INTERPRETACIÓN**

El 33% del personal de enfermería en la fase intraoperatoria confirman que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función. El 67% no lo confirman.

El 77% confirman la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento. El 23% no lo hacen.

El 100% han administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos.

## **ANÁLISIS**

En el presente grafico se puede observar que la mayoría del personal de enfermería realiza el llenado correcto de la lista de verificación de cirugía segura en la fase intraoperatoria, sin embargo, la mayoría del equipo quirúrgico no se presentan según su nombre y función.

## CAPÍTULO V

### 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 CONCLUSIONES

En consideración al análisis de las características sociodemográficas del personal de enfermería se observa que la mayoría tiene de 31 a 40 años, son auxiliares de enfermería y tienen más de 6 años de experiencia en el servicio de quirófano.

Se evaluó el conocimiento que tiene el personal de enfermería sobre el procedimiento de verificación de Cirugía Segura por el personal de enfermería en el pre, intra y postoperatorias; la mayoría que obtuvieron más de la mitad de respuesta correcta son:

- El personal de enfermería respondió correctamente que la creación de la lista de verificación fue realizada por la OMS.
- La aplicación se debe aplicar a todos los hospitales del país.
- La demarcación del sitio quirúrgico lo realiza el cirujano.
- La verificación de los aparatos de anestesia y medicación se realiza cuando el paciente está consciente.
- La evaluación de la vía aérea difícil y el riesgo de aspiración se evalúan antes de la cirugía.
- El riesgo de hemorragia equivale a una pérdida de sangre mayor a 500 ml.
- La confirmación de la identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento se realiza con el paciente despierto.
- La profilaxis antibiótica se debe utilizar 60 minutos antes de la cirugía.
- La previsión de eventos críticos por parte de la enfermera es por la confirmación de esterilidad de equipo, información sobre problemas

relacionados con el instrumental y visualizan imágenes diagnósticas esenciales.

- La enfermera confirma verbalmente el nombre del procedimiento, el recuento de instrumento (gasas y compresas), el etiquetado de las muestras en voz alta con el nombre del paciente y si hay problemas con instrumental y equipos.

Se verificó el llenado de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en el pre-operatorio e intra-operatorio, donde se evaluó 2 de los 4 indicadores que se encuentran en la lista de verificación con la actuación del personal de enfermería, los puntos que obtuvieron las aplicaciones más altas son:

- En la fase preoperatoria se cumple con más del 77% en todos los indicadores evaluados.
- En la fase intraoperatorio la mayoría de los miembros del equipo no se presentan por su nombre y función

## **5.2 RECOMENDACIONES**

### **a) Jefatura de enfermería**

- Se debe controlar el llenado de la Lista de verificación de cirugía segura, por el personal de enfermería.
- Se debe capacitar al personal nuevo sobre el llenado de Lista de verificación de cirugía segura.
- Debe elaborar un programa de capacitación continua sobre cirugía segura para fortalecer el conocimiento tanto para personal nuevo como antiguo.

### **b) Personal de enfermería**

- Deben llenar correctamente los puntos clave de la Lista de verificación de cirugía segura.
- Deben participar de las capacitaciones sobre el procedimiento de cirugía segura.
- Se debe realizar el llenado de la Lista de verificación de cirugía segura en el pre, intra y postoperatorio.

### **c) Investigador**

- Deben cumplir con la identificación del personal cuando se realiza la cirugía, para que el paciente pueda conocer al equipo quirúrgico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Guidelines for Safe Surgery. 1<sup>o</sup> Edition. Jul 2018. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/1/9789241598552\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/1/9789241598552_eng.pdf).
2. Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación. Ginebra: Suiza; 2013.
3. Organización Mundial de la Salud. Implementación de una lista de chequeo o verificación de seguridad de la cirugía. Ginebra: OMS; 2008.
4. Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación. Ginebra: Suiza; 2013.
5. Kizer, KW. Large system change and a culture of safety. Enhancing Patient Safety and Reducing Errors in Health Care. Octubre 2018. Disponible en: <https://www.nap.edu/read/10863/chapter/9>.
6. República de Colombia. Ministerio de la protección social, Observatorio de Calidad de la Atención en Salud. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia. Pág. 14.
7. Organización Mundial de la Salud. Consejo ejecutivo, 109a reunión. Calidad de la Atención: Seguridad del paciente. Op. cit., p. 4.
8. WHO, The Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008.
9. González, M. Lista de verificación de seguridad de la cirugía un paso más hacia la seguridad del paciente: 2012. Recuperado de: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2473/GonzalezAcerom.pdf>

10. Diccionario de la Real Academia Española. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=th6fUJ0TbDXX2Xc9jAuL>. Visitado en 29 de octubre 2018.
11. Ayuso Murillo, Diego; Grande Sellera, Rodolfo. Gestión de enfermería y los servicios generales de organizaciones sanitarias. Ediciones Díaz de Santos. España. 2006.
12. Ramos M, Pratts M, González M, Bernal, Jiménez M, Flores G y Gutiérrez, R. Calidad de la atención de salud. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas: 2004.. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2008/oras081a.pdf>
13. Forrellat, M. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia, 30(2), 179-183: 2014.
14. Vuori. El control de calidad en los servicios sanitarios. 1ª ed. Barcelona: Masson; 1988.
15. F E. Principios de gestión sanitaria. 1ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 1997.
16. Diccionario de la Real Academia Española. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=th6fUJ0TbDXX2Xc9jAuL>. Visitado en 29 de octubre 2018.
17. Massip Pérez, Coralía; Ortiz Reyes, Rosa María. La Evaluación de la satisfacción en salud. Un reto a la calidad. Habana. Cuba. 2008.
18. Benach, J., Muntaner, C. Aprender a mirar la salud. ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud? Instituto de altos estudios en salud pública “Dr. Arnoldo Gabaldón”. Maracay, Venezuela; 2015.
19. Andreu R y Sieber S. La Gestión Integral del Conocimiento y del Aprendizaje. 2000
20. Mouriño R, Espinosa P, Moreno L. El Conocimiento Científico [Internet] [Citado el 18 de Enero del 2021]. Recuperado a partir de: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2015/11/conocimientoinvestigacion.pdf>

21. Ministerio de Sanidad y Política Social, España. Publicado en digital para todo público. 22.
22. Witucki, Janet. Modelo de la Salud. En: MARRINER, Ann y RAILE, Martha. Modelos y Teorías en Enfermería. 5 ed. Madrid, España: Editorial Elsevier España, 2003. p. 585-610.
23. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Tres indicadores de aplicación hospitalaria, p. 7. [http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms\\_cpe/descargas/evaluacion.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/evaluacion.pdf)
24. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Código Deontológico del CIE para la profesión de Enfermería. Ginebra. Suiza [en línea], p. 2. [Citado en 25 de mayo de 2018].
25. Ospina, Jorge. Gerencia de la Salud Pública. Maestría en Enfermería. Rol Funcional, Gerencia en Servicios de Salud. Universidad Nacional, Marzo de 2018.
26. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). 30 Safe Practices for Better Health Care: Fact Sheet [online]. In: AHRQ Publication, no. 05-P007, march 2018 [cited 28 August 2018]. Available from internet: <http://www.ahrq.gov/qual/30safe.htm>.
27. Castrillón, María Consuelo y Orrego Sierra, Silvia. La práctica, regulación y la educación de la Enfermería: Colombia. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería; p. 17.
28. Ministerio de la protección social República de Colombia. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia. Op. cit. p. 20.
29. . Ministerio de sanidad y política social España. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005: Informe. Febrero de 2006.
30. Organización Mundial de la Salud. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Ginebra: OMS; 2012.

31. Serpa L. Nivel de conocimientos sobre seguridad del paciente y su relación con el grado de cumplimiento de la lista de chequeo en cirugía segura en el personal del Centro Quirúrgico del Hospital Uldarico Rocca Fernández. Lilacs, [internet]. 2011. [citado el 14 enero 2021]; 86.
32. Chocarro Gonzales L. Cuidados y Procedimientos en Enfermería Médico-Quirúrgica. Madrid, España: Elsevier; 2006.
33. Hospital Regional Rancagua. Protocolo Prevención de Eventos Adversos Asociados a Procesos Quirúrgicos en HRR. [Manual en Internet] 2013 [Acceso el 11-01-2021] Disponible en: <http://hospitalrancagua.cl/wp-content/uploads/2013/02/GCL-2.1-Prevencion-EA-asociados-a-procesos-quirurgicos-HRR-V2-2013.pdf>
34. Brennan TA, Leape LL, Laird N, Hebert L, Locadio AR, et al. Incidence of adverse effects and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. New England: The New England Journal of Medicine 27 Ene 2016. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240604#t=article>
35. Grande L. Mejorar la seguridad en los quirófanos reduce la mortalidad hospitalaria. Cir. España. 2009; 86: 329–30.
36. Seiden A. Archivos de cirugía. New York: Comisión Conjunta Centinela de Eventos de Estadísticas; 2010.
37. Haynes A, Weiser T, Berry W, Lipsitz S, Breizat A, Dellinger P, et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. New England: The New England Journal of Medicine 13 Mar 2016. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0810119#t=article>.
38. Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación. Ginebra: Suiza; 2013.

39. Becerra K. Experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura. Chiclayo: Hospital de ESSALUD de Chiclayo; 2012.

# **ANEXOS**

# ANEXO 1

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Santa Cruz 05 de enero del 2019

Señora:

Lic. Daniela Ibarra Vaca

Jefa de Enfermería del Hospital Municipal Francés

Presente:

### REF.: SOLICITUD DE PERMISO PARA REALIZAR CUESTIONARIO Y GUÍA DE OBSERVACIÓN

Mediante la presente me dirijo a su autoridad, con el objeto de solicitarle autorización para realiza el trabajo de investigación con el objetivo de determinar el conocimiento y aplicación del procedimiento de Cirugía Segura por el personal de enfermería en el pre, intra y postoperatorias en el servicio de quirófano, Hospital Municipal Francés, enero-agosto 2019, como requisito para la obtención del título de maestría de Enfermería Médico Quirúrgico. Para ello debo aplicar un cuestionario y guía de observación para el personal de enfermería.

Agradeciendo, me despido de su autoridad muy respetuosamente.

Atentamente.

Lic. Magaly Sandy Ibarra

Enfermera del Hospital Municipal Francés

Lic. Cinthia Daniela Ibarra Vaca  
JEFE DPTO. ENFERMERIA  
MP I-46 SEDES I-B CUL. ENF. I-B  
HOSPITAL MUNICIPAL FRANCÉS  
T. 3291933 SC.

## ANEXO 2

### CUESTIONARIO PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

#### I. Datos del personal de enfermería

1. **Grupo etareo:** a) <30 años b) 31-40 años c) 41-50 años d) >51 años

#### 2. Grado académico

- a) Auxiliares de enfermería
- c) Licenciadas de enfermería

#### 3. Tiempo que trabaja en la institución

- a) <1 año
- b) 2 a 5
- c) 6 a 10
- d) >11 años

#### II. Preguntas de conocimiento

13. El listado de verificación fue creado por:

- a) Ministerio de salud pública de Bolivia (MSP)
- b) Organización panamericana de la Salud (OPS)
- c) Organización Mundial de la Salud (OMS)
- d) Todas son correctas
- e) Ninguna es correcta

14. El listado de verificación de cirugía segura se debe aplicar en:

- a) Todos los hospitales del país
- b) Solo en hospitales de 3er nivel
- c) No se puede aplicar en clínicas privadas

15. La demarcación de sitio quirúrgico en el paciente lo realiza:

- a) El cirujano
- b) El Anestesiólogo

c) La Enfermera

16. La verificación de los aparatos de anestesia y la medicación se realiza cuando la paciente esta:

- a) Consciente
- b) Anestesiado
- c) Después de la cirugía

17. La vía aérea difícil y el riesgo de aspiración se evalúa:

- a) Antes de la cirugía
- b) Durante la cirugía

18. El riesgo de hemorragia equivale a:

- a) Mayor a 2000 ml (7ml/kg en niños)
- b) Mayor a 400 ml (7ml/kg en niños)
- c) Mayor a 500 ml (7ml/kg en niños)
- d) Mayor de 1000 ml (7ml/kg en niños)

19. La confirmación de la identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento se realiza con el paciente:

- a) Despierto
- b) Bajo anestesia

20. La profilaxis antibiótica se debe utilizar:

- a) 30 minutos antes de la cirugía
- b) 60 minutos antes de la cirugía
- c) 90 minutos antes de la cirugía

21. En la previsión de eventos críticos por parte del cirujano todo es correcto excepto:

- a) Describir pasos críticos
- b) La duración de la operación
- c) La pérdida de sangre prevista

- d) La técnica quirúrgica
- e) La edad del paciente

22. En la previsión de eventos críticos por parte de la enfermera es correcto

- a) Confirmar la esterilidad de equipos
- b) Informar problemas relacionados con el instrumental y equipos
- c) Visualizar imágenes diagnósticas esenciales
- d) Todo es correcto
- e) Ninguna es correcta

23. Señale lo verdadero:

- a) La enfermera confirma verbalmente el nombre del procedimiento
- b) El recuento de instrumento (gasas y compresas)
- c) El etiquetado de las muestras en voz alta con el nombre del paciente
- d) Si hay problemas con instrumental y equipos
- e) Todas son correctas
- f) Ninguna es correcta

24. Los aspectos críticos en la recuperación y el tratamiento del paciente lo indica:

- a) El cirujano
- b) El Anestesiólogo
- c) La Enfermera
- d) Todos
- e) Solo a y b

**ANEXO 3**  
**GUÍA DE OBSERVACIÓN**

<b>Fase preoperatoria</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>
1. El paciente confirma su identidad, el sitio quirúrgico, ¿El procedimiento y su consentimiento?			
2. ¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?			
3. ¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?			
4. ¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?			
5. Tiene el paciente	Alergias conocidas		
	Vía aérea difícil/riesgo de aspiración		
	Riesgo de hemorragia >500 ml (7ml/kg en niños)		
<b>Fase intraoperatoria</b>			
6. Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función			
7. Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento			
8. ¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?			

**ANEXO 4**  
**LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA**

<b>HOSPITAL MUNICIPAL FRANCÉS</b>		
<b>LISTA DE VERIFICACIÓN "CIRUGÍA SEGURA"</b>		HOSPITAL MUNICIPAL FRANCÉS SANTA CRUZ
NOMBRE DEL PACIENTE:		FECHA:
EDAD:	SEXO:	CAMA:
PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO		SERVICIO:
HORA DE ENTREVISTA:		Nº H.C.L.:
<p><b>ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA:</b> (Personal de enfermería, anestesiólogo y cirujano)</p> <p>1. ¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento, sus <u>consentimientos</u> y ayuno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. ¿Se ha marcado el sitio quirúrgico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede</p> <p>3. ¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica? <input type="checkbox"/></p> <p>4. ¿Se ha realizado la monitorización correspondiente al paciente y funcionan? <input type="checkbox"/></p> <p>5. ¿Tiene el paciente...</p> <p style="padding-left: 40px;">... ¿Alergias conocidas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p style="padding-left: 40px;">... Vía aérea difícil / riesgo de aspiración? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y hay instrumental y equipos / ayuda disponible</p> <p style="padding-left: 40px;">... Riesgo de hemorragia &gt; 500 ml (7 ml/kg en niños)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y accesos venosos.</p> <p>... ¿En caso de hemorragias, se ha previsto la disponibilidad de HEMOCOMPONENTES y HEMODERIVADOS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6. ¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede</p> <p>7. ¿Existe riesgo de enfermedad <u>tromboembólica</u>? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Se ha realizado <u>tromboprofilaxis</u></p>		
<p><b>ANTES DE LA INCISION CUTANEA</b> (Personal de enfermería, anestesiólogo y cirujano)</p> <p>8. ¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede</p> <p>9. Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función.</p> <p>10. Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><u>Previsión de eventos críticos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirujano: ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados?</li> </ul> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>¿Cuál es la pérdida de sangre prevista? _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anestesiólogo: Revisa: ¿el paciente presenta algún problema específico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</li> <li>• Equipo de enfermería:</li> </ul> <p>¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)? <input type="checkbox"/></p> <p>¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>		
<p><b>ANTES DE LA SALIDA DEL PACIENTE DE LA SALA OPERATORIA</b> (Personal de enfermería y cirujano)</p>		

**ANTES DE LA SALIDA DEL PACIENTE DE LA SALA OPERATORIA** (Personal de enfermería y cirujano)

El personal de enfermería confirma verbalmente:

11. El nombre del procedimiento: \_\_\_\_\_

12. Se realizó el recuento de instrumentos, gasas, compresas y agujas.  Sí  No

13. ¿Existen faltantes de instrumental y textiles?  Sí  No Observaciones \_\_\_\_\_

14. Se efectuó el etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluyendo el nombre del paciente).  Sí  No

Cirujano, anestesiólogo y personal de enfermería:

¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente en el postoperatorio inmediato? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ANESTESIÓLOGO  
SELLO Y FIRMA

CIRUJANO  
SELLO Y FIRMA

INSTRUMENTISTA  
SELLO Y FIRMA

CIRCULANTE  
SELLO Y  
FIRMA

---

<sup>1</sup> World Health Organization. Guidelines for Safe Surgery. 1<sup>o</sup> Edition. Jul 2018. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/1/9789241598552\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/1/9789241598552_eng.pdf).

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación. Ginebra: Suiza; 2013.

<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud. Implementación de una lista de chequeo o verificación de seguridad de la cirugía. Ginebra: OMS; 2008.

<sup>4</sup> Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación. Ginebra: Suiza; 2013.

<sup>5</sup> Kizer, KW. Large system change and a culture of safety. Enhancing Patient Safety and Reducing Errors in Health Care. Octubre 2018. Disponible en: <https://www.nap.edu/read/10863/chapter/9>.

<sup>6</sup> República de Colombia. Ministerio de la protección social, Observatorio de Calidad de la Atención en Salud. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia. Pág. 14.

<sup>7</sup> Organización Mundial de la Salud. Consejo ejecutivo, 109a reunión. Calidad de la Atención: Seguridad del paciente. Op. cit., p. 4.

<sup>8</sup> WHO, The Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008.

<sup>9</sup> González, M. Lista de verificación de seguridad de la cirugía un paso más hacia la seguridad del paciente: 2012. Recuperado de: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2473/GonzalezAceroM.pdf>

<sup>10</sup> Diccionario de la Real Academia Española. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=th6fUJ0TbDXX2Xc9jAuL>. Visitado en 29 de octubre 2018.

- 
- <sup>11</sup> Ayuso Murillo, Diego; Grande Sellera, Rodolfo. Gestión de enfermería y los servicios generales de organizaciones sanitarias. Ediciones Díaz de Santos. España. 2006.
- <sup>12</sup> Ramos M, Pratts M, González M, Bernal, Jiménez M, Flores G y Gutiérrez, R. Calidad de la atención de salud. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas: 2004.. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2008/oras081a.pdf>
- <sup>13</sup> Forrellat, M. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia, 30(2), 179-183: 2014.
- <sup>14</sup> Vuori. El control de calidad en los servicios sanitarios. 1ª ed. Barcelona: Masson; 1988.
- <sup>15</sup> F E. Principios de gestión sanitaria. 1ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 1997.
- <sup>16</sup> Diccionario de la Real Academia Española. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=th6fUJ0TbDXX2Xc9jAuL>. Visitado en 29 de octubre 2018.
- <sup>17</sup> Massip Pérez, Coralía; Ortiz Reyes, Rosa María. La Evaluación de la satisfacción en salud. Un reto a la calidad. Habana. Cuba. 2008.
- <sup>18</sup> Benach, J., Muntaner, C. *Aprender a mirar la salud. ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud?* Instituto de altos estudios en salud pública "Dr. Arnoldo Gabaldón". Maracay, Venezuela; 2015.
- <sup>19</sup> Andreu R y Sieber S. La Gestión Integral del Conocimiento y del Aprendizaje. 2000
- <sup>20</sup> Mouriño R, Espinosa P, Moreno L. El Conocimiento Científico [Internet] [Citado el 18 de Enero del 2021]. Recuperado a partir de: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2015/11/conocimientoinvestigacion.pdf>
- <sup>21</sup> Ministerio de Sanidad y Política Social, España. Publicado en digital para todo público. 22.

---

<sup>22</sup> Witucki, Janet. Modelo de la Salud. En: MARRINER, Ann y RAILE, Martha. Modelos y Teorías en Enfermería. 5 ed. Madrid, España: Editorial Elsevier España, 2003. p. 585-610.

<sup>23</sup> Comisión Interinstitucional de Enfermería. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Tres indicadores de aplicación hospitalaria, p. 7. [http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms\\_cpe/descargas/evaluacion.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/evaluacion.pdf)

<sup>24</sup> Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Código Deontológico del CIE para la profesión de Enfermería. Ginebra. Suiza [en línea], p. 2. [Citado en 25 de mayo de 2018].

<sup>25</sup> Ospina, Jorge. Gerencia de la Salud Pública. Maestría en Enfermería. Rol Funcional, Gerencia en Servicios de Salud. Universidad Nacional, Marzo de 2018.

<sup>26</sup> Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). 30 Safe Practices for Better Health Care: Fact Sheet [online]. In: AHRQ Publication, no. 05-P007, march 2018 [cited 28 August 2018]. Available from internet: <http://www.ahrq.gov/qual/30safe.htm>.

<sup>27</sup> Castrillón, María Consuelo y Orrego Sierra, Silvia. La práctica, regulación y la educación de la Enfermería: Colombia. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería; p. 17.

<sup>28</sup> Ministerio de la protección social República de Colombia. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia. Op. cit. p. 20.

<sup>29</sup>. Ministerio de sanidad y política social España. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005: Informe. Febrero de 2006.

<sup>30</sup> Organización Mundial de la Salud. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Ginebra: OMS; 2012.

<sup>31</sup> Serpa L. Nivel de conocimientos sobre seguridad del paciente y su relación con el grado de cumplimiento de la lista de chequeo en cirugía segura en el personal del Centro Quirúrgico del Hospital Uldarico Rocca Fernández. Lilacs

---

[internet]. 2011. [citado el 14 enero 2021]; 86.

<sup>32</sup> Chocarro Gonzales L. Cuidados y Procedimientos en Enfermería Médico-Quirúrgica. Madrid, España: Elsevier; 2006.

<sup>33</sup> Hospital Regional Rancagua. Protocolo Prevención de Eventos Adversos Asociados a Procesos Quirúrgicos en HRR. [Manual en Internet] 2013 [Acceso el 11-01-2021] Disponible en: <http://hospitalrancagua.cl/wp-content/uploads/2013/02/GCL-2.1-Prevencion-EA-asociados-a-procesos-quirurgicos-HRR-V2-2013.pdf>

<sup>34</sup> Brennan TA, Leape LL, Laird N, Hebert L, Locadio AR, et al. Incidence of adverse effects and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. New England: The New England Journal of Medicine 27 Ene 2016. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240604#t=article>

<sup>35</sup> Grande L. Mejorar la seguridad en los quirófanos reduce la mortalidad hospitalaria. Cir. España. 2009; 86: 329–30.

<sup>36</sup> Seiden A. Archivos de cirugía. New York: Comisión Conjunta Centinela de Eventos de Estadísticas; 2010.

<sup>37</sup> Haynes A, Weiser T, Berry W, Lipsitz S, Breizat A, Dellinger P, et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. New England: The New England Journal of Medicine 13 Mar 2016. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0810119#t=article>.

<sup>38</sup> Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación. Ginebra: Suiza; 2013.

<sup>39</sup> Becerra K. Experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura. Chiclayo: Hospital de ESSALUD de Chiclayo; 2012.