



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Medicina Humana

**Conocimientos, actitudes y aplicación práctica de la
lista de verificación de cirugía segura en los médicos de
los servicios de Cirugía General y Gineco-Obstetricia
en un hospital general de Lima, Perú 2018**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Art Wilson CORREA SÁNCHEZ

ASESOR

Dr. Julio César MEDINA VERÁSTEGUI

Lima, Perú

2019



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Correa A. Conocimientos, actitudes y aplicación práctica de la lista de verificación de cirugía segura en los médicos de los servicios de Cirugía General y Gineco-Obstetricia en un hospital general de Lima, Perú 2018 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2019.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA




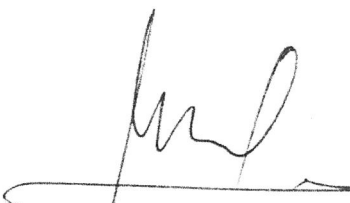
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA


**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

Siendo las 15:00 horas del día trece de febrero del año dos mil diecinueve, en Sala de Sesiones de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Medicina, se reunió el Jurado integrado por los doctores: Juan Francisco Rivera Feijoo (Presidente), José Wilfredo Roca Mendoza (Miembro) y Santos Zacarías Correa Tineo (Miembro).

Se realizó la exposición de la Tesis titulada **“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN LOS MÉDICOS DE LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA GENERAL Y GINECO-OBSTETRICIA EN UN HOSPITAL GENERAL DE LIMA, PERÚ 2018”**, presentado por don **Art Wilson Correa Sánchez**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, habiendo obtenido el calificativo de..... *Diecinueve* (*19*).


Dr. Juan Francisco Rivera Feijoo
Presidente


Dr. José Wilfredo Roca Mendoza
Miembro


Dr. Santos Zacarías Correa Tineo
Miembro



DEDICATORIA

Al “Dr. José Demetrio Sánchez Gonzales”, por sus enseñanzas y consejos que recordaré siempre.

AGRADECIMIENTO

A mis padres por todo el amor, la confianza y el apoyo incondicional que me brindaron durante estos 7 años de carrera.

A mis hermanos que, a pesar de no tenerlos cerca, me dieron ánimos para continuar.

A mi asesor, el Dr. Julio César Medina Verástegui, por ser maestro y amigo durante la carrera, y por ayudarme en el desarrollo de este proyecto de investigación.

A mis amigos sanfernandinos que mostraron su desinteresado apoyo y confianza durante el desarrollo del proyecto.

A mi amada Facultad de Medicina “San Fernando” que durante siete años me cobijó y en donde aprendí el arte y la ciencia de la medicina, y sobre todo a ser mejor persona.

A mi querido “Hospital Nacional Dos de Mayo”, de donde me llevo los mejores recuerdos y terminé mi formación como médico.

ÍNDICE GENERAL

	PÁG
Dedicatoria	I
Agradecimiento	II
Índice general	III
Lista de cuadros	V
Lista de tablas	VI
Lista de gráficos	VII
Resumen	VIII
Abstract	IX
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Justificación de la investigación	2
1.4 Formulación de los objetivos	4
2. MARCO TEÓRICO	5
2.1 Antecedentes	5
2.2 Bases teóricas	8
2.3 Glosario	19
3. METODOLOGÍA	20
3.1 Tipo de estudio	20
3.2 Ámbito de estudio	20
3.3 Población de estudio y muestra	20
3.4 Operacionalización de variables	22
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	23
3.6 Plan de recolección, procesamiento y análisis de datos	29
3.7 Consideraciones éticas	31

4. RESULTADOS	32
4.1 Datos generales	32
4.2 Conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura	33
4.3 Actitud sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura	38
4.4 Aplicación práctica de la Lista de Verificación de Cirugía Segura	43
5. DISCUSIÓN	48
6. CONCLUSIONES	53
7. RECOMENDACIONES	54
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
9. ANEXOS	60

LISTA DE CUADROS

- *Cuadro 1* **Diez objetivos esenciales para la Seguridad de la Cirugía**
- *Cuadro 2* **Lista de Verificación de Cirugía Segura.**

LISTA DE TABLAS

- **Tabla 1 Distribución por especialidad**
- **Tabla 2 Conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura de los médicos especialistas de los servicios de Cirugía General y Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2018**
- **Tabla 3 Preguntas de conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura de los médicos especialistas del servicio de Cirugía General del Hospital María Auxiliadora, 2018**
- **Tabla 4 Preguntas de conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura de los médicos especialistas del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2018**
- **Tabla 5 Actitud sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura de los médicos especialistas de los servicios de Cirugía General y Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2018**
- **Tabla 6 Preguntas de actitud sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura de los médicos especialistas del servicio de Cirugía General del Hospital María Auxiliadora, 2018**
- **Tabla 7 Preguntas de actitud sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura de los médicos especialistas del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2018**
- **Tabla 8 Aplicación práctica de la Lista de Verificación de Cirugía Segura de los médicos especialistas de los servicios de Cirugía General y Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2018**
- **Tabla 9 Preguntas de aplicación práctica de la Lista de Verificación de Cirugía Segura de los médicos especialistas del servicio de Cirugía General del Hospital María Auxiliadora, 2018**
- **Tabla 10 Preguntas de aplicación práctica de la Lista de Verificación de Cirugía Segura de los médicos especialistas del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2018**

LISTA DE GRÁFICOS

- **Gráfico 1** Conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura de los médicos especialistas del servicio de Cirugía General del Hospital María Auxiliadora, 2018
- **Gráfico 2** Conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura de los médicos especialistas del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2018
- **Gráfico 3** Actitud sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura de los médicos especialistas del servicio de Cirugía General del Hospital María Auxiliadora, 2018
- **Gráfico 4** Actitud sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura de los médicos especialistas del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2018
- **Gráfico 5** Aplicación práctica de la Lista de Verificación de Cirugía Segura de los médicos especialistas del servicio de Cirugía General del Hospital María Auxiliadora, 2018
- **Gráfico 6** Aplicación práctica de la Lista de Verificación de Cirugía Segura de los médicos especialistas del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2018

RESUMEN

Objetivo: Determinar el conocimiento, actitud y aplicación práctica de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en los médicos de los servicios de Cirugía General y Gineco-obstetricia en un Hospital General de Lima, en el 2018.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo y transversal en el Hospital María Auxiliadora. Se aplicó un cuestionario de 17 preguntas que exploran los aspectos esenciales de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura, que ha sido elaborado por la OMS. El cuestionario fue constituido por un juicio de expertos y una prueba piloto; y posteriormente se aplicó a cirujanos generales y gineco-obstetras. El proceso de medición motivo de esta tesis tuvo tres etapas: el conocimiento, la actitud y la aplicación práctica en los médicos encuestados.

Resultados: Participaron 12 cirujanos generales y 22 gineco-obstetras. El porcentaje de conocimiento fue mayor en gineco-obstetras que en cirujanos generales (el nivel alto de ambos grupos fue de 68,18% y 50%, correspondientemente). La actitud fue positiva y favorable en el 100% de los profesionales. La aplicación práctica correcta también fue mayor en gineco-obstetras que en cirujanos generales (68,18% y 41,67%).

Conclusiones: El nivel de conocimiento alto sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura fue identificado en el 50% de los cirujanos generales y 68,18% delo gineco-obstetras. El mismo porcentaje se encontró en los gineco-obstetras en la aplicación práctica correcta de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, mientras que en cirujanos generales disminuyó al 41,67%. El 100% de cirujanos generales y de gineco-obstetras presentó una actitud favorable sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

Palabras claves: Conocimiento, actitud, práctica, lista de verificación, cirugía

ABSTRACT

Objective: To determine the knowledge, attitudes and practical application of the Safe Surgery Checklist in the physicians of the General Surgery and Obstetrics and Gynecology departments in a General Hospital of Lima, in 2018. **Materials and methods:** A descriptive and transversal study was carried out in the María Auxiliadora Hospital. A questionnaire of 17 questions was applied to explore the essential aspects of the Checklist for Safe Surgery, which has been prepared by the WHO. The questionnaire was constituted by an expert judgment and a pilot test; and later it was applied to general surgeons and obstetrician gynecologists. The process of measurement motive of this thesis had three stages: knowledge, attitude and practical application in the surveyed physicians. **Results:** 12 general surgeons and 22 obstetrician gynecologists participated. The percentage of knowledge was higher in obstetrician gynecologists than in general surgeons (the high level of both groups was 68,18% and 50%, correspondingly). The attitude was positive and favorable in 100% of the professionals. The correct practical application was also greater in obstetrician gynecologists than in general surgeons (68,18% and 41,67%). **Conclusions:** The high level of knowledge about the Checklist of Safe Surgery was identified in 50% of general surgeons and 68,18% of obstetrician gynecologists. The same percentage was found in obstetrician gynecologists in the correct practical application of the Safe Surgery Verification List, while in general surgeons it decreased to 41,67%. 100% of general surgeons and 100% of obstetrician gynecologists present a favorable attitude on the Safe Surgery Checklist.

Keywords: Knowledge, attitude, practice, checklist, surgery

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Descripción del problema

La atención quirúrgica y sus complicaciones son una problemática que merece la atención de la salud pública a nivel mundial, es por ello que, la seguridad del paciente quirúrgico se ha convertido en una de las prioridades de los sistemas de salud. ^(1,2) En el año 2002, el Banco Mundial informó que el 11% de la carga total de la enfermedad se atribuyó a afecciones quirúrgicas tratables. ⁽¹⁾ Aunque la cirugía es un componente elemental de la asistencia sanitaria, también está asociada a un riesgo considerable de complicaciones, que incluye la muerte. Los estudios realizados en países industrializados han revelado una tasa de muerte perioperatoria por cirugía ambulatoria de 0,4 a 0,8% y una tasa de complicaciones mayores de 3 a 17% ^(1,3).

Ante esta problemática, en el año 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la iniciativa “Cirugía Segura Salva Vidas” con el objetivo de alcanzar estándares de excelencia con respecto a la cirugía segura, y cuyo resultado fue la Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS). Esta lista comprende los estándares mínimos universales para el cuidado quirúrgico, lo que permitirá a los equipos quirúrgicos a disminuir el número de muertes y eventos adversos de origen quirúrgico. ^(3, 4)

La OMS propone a la LVCS como un instrumento para evaluar la calidad de la atención quirúrgica, y ésta debe estar adaptada a los hábitos, expectativas y necesidades locales. ^(3, 5)

En el año 2010, el Ministerio de Salud adopta esta iniciativa de la OMS, y a través de la Dirección General de Salud de las Personas y junto con el Colegio Médico del Perú, proponen a nivel nacional a la LVCS como instrumento para fortalecer las prácticas de seguridad en las intervenciones quirúrgicas con el objetivo de disminuir las complicaciones y muertes quirúrgicas innecesarias.⁽⁶⁾

Por otra parte, para que la aplicación de la LVCS tenga éxito, el personal de salud involucrado (cirujanos, anestesiólogos y enfermeras) deben conocer la importancia de la seguridad del paciente en la intervención quirúrgica y estar convencidos de que la LVCS ayudará en este punto, ya que sin una adherencia al instrumento y falta de apoyo continuo puede causar descontento y rechazo al uso de la LVCS.^(7, 8)

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el conocimiento, actitud y aplicación práctica de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en los médicos de los servicios de Cirugía General y Gineco-obstetricia en un Hospital General de Lima en el 2018?

1.3 Justificación de la investigación

La seguridad del paciente en la intervención quirúrgica tiene una gran importancia. A nivel mundial, se calcula que uno de cada 25 personas es intervenido quirúrgicamente, de los cuales el 16% de estas intervenciones quirúrgicas derivaron en alguna complicación relacionada con la morbilidad del paciente.^(3, 8)

La aplicación de la LVCS permite evitar incidentes que vayan en contra de la seguridad del paciente en la intervención quirúrgica, ya que este instrumento permite organizar los procesos, reducir los errores (por ejemplo, por omisión) y aporta los estándares de calidad necesarios para lograr intervenciones quirúrgicas de calidad y seguras. Por todo lo mencionado, es importante que los profesionales de la salud (médicos con especialidades quirúrgicas, médicos anestesiólogos, licenciadas en enfermería) se involucren en la aplicación de este instrumento, ya que serán parte del proceso que otorgará mayor seguridad a los pacientes que atienden. ^(8,9)

En las especialidades quirúrgicas, por ejemplo, Cirugía General y/o Gineco-obstetricia, existen pacientes con diferentes patologías que requieren ser intervenidas quirúrgicamente, entre las principales tenemos a la apendicitis aguda, colecistitis aguda, dolor abdominal agudo, enfermedad pélvica inflamatoria, fibromas uterinos, neoplasias del cuello uterino y ovario, trabajo de parto distócico, entre otras, logrando disminuir la mortalidad en este tipo de pacientes, aunque puede aparecer complicaciones, por ejemplo, hemorragias, infección del sitio operatorio, hematomas, entre otros, ^(3,8) que son evitables si se toma las medidas de seguridad necesarias y es donde la aplicación de la LVCS toma un papel protagonista para lograr estándares de calidad y seguridad en las intervenciones quirúrgicas. ^(3,4)

El uso rutinario y correcto de la LVCS permitirá asimilar una cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias cuyo impacto se reflejará en la disminución de errores médicos y eventos adversos, que aún aquejan nuestro sistema de atención. ⁽¹⁰⁾

En la actualidad, a nivel nacional, existen pocos estudios que aborden sobre la aplicación de la LVCS dirigido a los médicos de especialidad quirúrgica, y de estos estudios la mayoría está dirigido por y para el profesional de enfermería, por ello, la realización de este estudio sería importante para fomentar en el futuro nuevos trabajos que permitan conocer más la realidad sobre el uso e impacto de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en los hospitales de nuestro país.

1.4 Formulación de los objetivos

1.4.1 Objetivo general

- Determinar el conocimiento, actitud y aplicación práctica de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en los médicos de los servicios de Cirugía General y Gineco-obstetricia en un Hospital General de Lima, en el 2018.

1.4.2 Objetivos específicos

- Determinar el nivel de conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura en los médicos de los servicios de Cirugía General y Gineco-obstetricia en un Hospital General de Lima, en el 2018.
- Determinar la actitud que poseen los médicos de los servicios de Cirugía General y Gineco-obstetricia sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura en un Hospital General de Lima, en el 2018.
- Determinar la aplicación práctica que realizan los médicos de los servicios de Cirugía General y Gineco-obstetricia sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura en un Hospital General de Lima, en el 2018.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Los estudios realizados sobre la aplicación de la LVCS son muy escasos a nivel nacional, sin embargo, a nivel internacional, se ha encontrado estudios relacionados al tema investigado.

Becerra Eneque, Milagros ⁽⁷⁾ en el estudio “Experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo-cirugía segura. Hospital Essalud. Chiclayo, Perú 2012” planteó “identificar, describir y analizar las experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la LVCS”. El estudio que se realizó fue una investigación cualitativa en la cual los datos se obtuvieron a través de una entrevista semiestructurada a profundidad aplicada a 11 enfermeras. Los resultados mostraron que para la enfermera quirúrgica la LVCS es un instrumento esencial para garantizar el éxito en la intervención quirúrgica, evitando complicaciones previsibles; además se evidenció que los factores que impiden realizar una correcta aplicación de la LVCS fueron la “falta de responsabilidad y conciencia de los miembros del equipo quirúrgico (principalmente médicos), la incomodidad por la aplicación del instrumento, el olvido de la firma, el llenado de la historia clínica con datos incompletos”, entre otros.

Rivero García, Diana ⁽⁴⁾ *et al* en el estudio “Nivel de cumplimiento y factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura” realizado en México y publicado en el año 2012, quiso “determinar el nivel de cumplimiento y los factores que influyen en la aplicación de la LVCS”. El estudio realizado fue de tipo descriptivo, prospectivo, transversal, realizado en el periodo mayo-agosto del 2010 en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. El muestreo fue por conveniencia que contó con una muestra de 93 profesionales de salud que laboraban en Sala de Operaciones

(enfermeras, residentes, cirujanos y anestesiólogos) e incluyó todo evento quirúrgico realizado en el nosocomio (n=326). El nivel de cumplimiento de la aplicación de la LVCS fue de 87,97%, considerado como un nivel de cumplimiento significativo. Los incumplimientos de los ítems de la LVCS fueron “el marcaje del sitio quirúrgico (9,6%), reporte verbal de consideraciones especiales y situaciones críticas en cirugía (50,6%) y aspectos de recuperación (41%)”, entre las principales. El nivel de cumplimiento de la LVCS en este estudio se debió a que el proceso de implementación de la LVCS está en una etapa temprana, y ésta no cumple el objetivo que se planteó la institución la cual fue llegar a un nivel de cumplimiento de excelencia (>90%).

Moreta Sanafria, Diana ⁽⁸⁾ en el estudio “Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo en marzo del año 2015 mediante una encuesta directa” publicada en Ecuador, se determinó “el grado de conocimiento de la aplicación de la LVCS en los diferentes profesionales del equipo quirúrgico”. Se realizó un estudio descriptivo y se comparó a tres grupos profesionales (anestesiólogos, enfermeras y cirujanos) y se aplicó una encuesta a 61 profesionales. Los resultados mostraron que los anestesiólogos presentan un mayor conocimiento en la aplicación de la LVCS y que los cirujanos tuvieron los mayores errores en la encuesta. Además, se observó que las preguntas con mayor error fueron las relacionadas sobre qué personal de salud es el encargado de la LVSC y sobre la profilaxis antibiótica durante la intervención quirúrgica.

Trejo Valentín, Eva ⁽⁹⁾ en el protocolo del estudio “Evaluación de la aplicación del listado de verificación quirúrgica como estrategia de mejora en la cultura de seguridad” realizado en España y publicado en el año 2015, se quiere “evaluar el grado de aplicación real de la LVCS e identificar las causas que limitan su correcta aplicación en el área quirúrgica, percibido por el personal de enfermería del Hospital Clínico de Barcelona, durante el periodo entre septiembre del 2015 hasta octubre del 2016”. Se realizará un estudio

descriptivo y transversal y se hará un muestreo probabilístico aleatorio simple con un tamaño de muestra de 132 sujetos a las que se le aplicará un cuestionario. Se menciona que han pasado cuatro años desde la implementación de LVCS en la institución, pero no ha habido un proceso de reevaluación de esta herramienta, por lo que este estudio permitirá detectar oportunidades de mejora y el establecimiento de un plan de acción para una correcta aplicación de la LVCS.

Cuq Bustamante *et al* ⁽¹⁰⁾ en el estudio “Percepción de los profesionales de salud del uso de listas de chequeo para la seguridad de la atención del paciente” publicado en Chile en el año 2011, quiso “conocer la percepción que los profesionales de salud tienen sobre el uso de la LVCS”, por lo que realizó un estudio cualitativo de tipo fenomenológico en los cuales participaron 15 profesionales sanitarios (enfermeras, médicos, nutricionistas, químicos farmacéuticos y técnicos paramédicos) pertenecientes a diversos subdepartamentos del Hospital Base Valdivia. El análisis se realizó mediante estructura fenomenológica que consistió en la descripción, reducción fenomenológica y la comprensión del fenómeno estudiado. Por medio de las entrevistas y su respectivo análisis se tuvo como resultado que los participantes del estudio reconocen a la lista de verificación como instrumento para verificar la información esencial del paciente para la realización de un determinado procedimiento, además reconocen que la LVCS disminuye los errores médicos mejorando la seguridad del paciente.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Generalidades

2.2.1.1 Conocimiento. La Real Academia de la Lengua Española (RAE) define “conocimiento” como “la acción y efecto de conocer; entendimiento, inteligencia, razón natural; noción, saber noticia elemental de algo.” ⁽¹¹⁾

Mario Bunge, en su libro “La ciencia, su método y filosofía”, precisa al conocimiento como un “conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos ordenados, vagos e inexactos, el cual puede ser clasificado en conocimiento vulgar llamándose así a todas representaciones que el común de los hombres hacen en su vida cotidiana por el simple hecho de existir, de relacionarse con el mundo de captar mediante los sentidos información inmediata acerca de los objetivos, los fenómenos naturales y sociales, se materializa mediante el lenguaje simple y natural, el conocimiento científico que es racional analítico sistemático y verificable a través de la experiencia”. ⁽¹²⁾

Así mismo, el conocimiento puede ser entendido de distintas maneras: “como contemplación porque conocer es ver; como asimilación porque es nutrirse y como creación porque conocer es engendrar”. ⁽¹³⁾

Existen tres niveles de conocimiento: sensible, conceptual y holístico: ⁽¹³⁾

- El nivel sensible, se basa en captar información a través de los sentidos, los cuales se almacena en nuestra mente formando recuerdos y experiencias que estructuran nuestra realidad interna, privada o personal
- El nivel conceptual, está formada por concepciones invisibles, inmateriales, universales y esenciales.

- El nivel holístico, en la cual las cosas están ligadas al fondo de la situación en el que se manifiesta.

En la actualidad, la sociedad necesita del desarrollo de mecanismos creadores de conocimiento, sobre todo en de la Medicina, ya que “gestionar adecuadamente el conocimiento no es solo una necesidad, es también una prioridad”.⁽¹⁴⁾

2.2.1.2 Actitud. Según la RAE, “actitud” se define como “la disposición de ánimo manifestada de algún modo”⁽¹¹⁾, mientras que, en las Ciencias Sociales, “actitud” se define como “una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o a una situación, las cuales predisponen a reaccionar preferentemente de una manera determinada”.⁽¹⁵⁾

Se destacan cinco aspectos en relación a la actitud:⁽¹⁵⁾

- Se basan en las creencias.
- Puede referirse a objetos y/o situaciones.
- Nos predispone a actuar a partir de la experiencia.
- Necesita de estímulos socioculturales para convertirse en acción.
- Los valores orientan el comportamiento y son la fuerza motivacional.

De lo mencionado anteriormente, se puede decir que toda actitud implica creencias, pero no viceversa, a su vez, cuando se hace una estructura jerárquica de actitudes específicas, esto constituye un sistema de valores.

2.2.1.3 Aplicación práctica. Según la RAE, “aplicar” se define como “emplear, administrar o poner en práctica o conocimiento, a fin de obtener un determinado efecto o rendimiento en alguien o algo”, a su vez, “práctica” se define como “ejercicio de cualquier arte o facultad, conforme a sus reglas; modo o método que particularmente observa alguien en sus operaciones; aplicación de una idea o doctrina”,⁽¹¹⁾ por lo que, de ambos conceptos, se puede inferir que “aplicación práctica”, para el contexto de este estudio, es el

modo o la forma que una persona realiza una determinada acción basado en un conocimiento previo.

2.2.2 Seguridad de paciente

Se define como “la ausencia o reducción, a un nivel mínimo o aceptable, del riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria”. El “nivel mínimo aceptable” están en relación con el conocimiento actual, recursos disponibles y la situación en que se realiza la atención frente al riesgo de no recibir el tratamiento u otra terapia. ⁽¹⁶⁾ El concepto de “seguridad del paciente” ha sido tomado en cuenta dentro de las políticas de salud en diversos países del mundo. ⁽¹⁰⁾

La seguridad del paciente es un aspecto clave de la calidad asistencial y su trascendencia se expresa en “forma de fallecimiento, lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o aumento de consumo de recursos asistenciales en relación con la atención sanitaria”. ^(8,17)

En los últimos años, la frecuencia cirugía mayor ha ido en aumento. A nivel mundial, se realizan “234 millones de operaciones al año”, lo que revela que el tratamiento quirúrgico en muchas ocasiones es la solución para mitigar el riesgo de muerte, pero a su vez la falta de seguridad en la intervención quirúrgica puede provocar daños considerables, por ejemplo, las infecciones.

En el “Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente” de la OMS, se estableció los diez objetivos esenciales que todo equipo quirúrgico debe alcanzar durante la intervención quirúrgica, éstas son: ^(3, 9, 18)

Cuadro 1 Diez objetivos esenciales para la Seguridad de la Cirugía

OBJETIVO 1. “El equipo operará al paciente correcto en el sitio anatómico correcto”.

OBJETIVO 2. “El equipo utilizará métodos que se sabe que previenen los daños derivados de la administración de la anestesia, al tiempo que protegen al paciente del dolor”.

OBJETIVO 3. “El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida de la función respiratoria o del acceso a la vía aérea, y reconocerá esas situaciones”.

OBJETIVO 4. “El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida considerable de sangre, y reconocerá esas situaciones”.

OBJETIVO 5. “El equipo evitara provocar reacciones alérgicas o reacciones adversas a fármacos que se sabe que suponen un riesgo importante para el paciente”.

OBJETIVO 6. “El equipo utilizará sistemáticamente métodos reconocidos para minimizar el riesgo de infección de la herida quirúrgica”.

OBJETIVO 7. “El equipo evitará dejar accidentalmente gasas o instrumentos en la herida quirúrgica”.

OBJETIVO 8. “El equipo guardará e identificará con precisión todas las muestras quirúrgicas”.

OBJETIVO 9. “El equipo se comunicará eficazmente e intercambiará información sobre el paciente fundamental para que la operación se desarrolle de forma segura”.

OBJETIVO 10. “Los hospitales y sistemas de salud públicos establecerán una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos”.

Fuente. Datos tomados de “Cirugía Segura Salva Vidas” de la OMS (2008).

En base a estos objetivos, se creó la LVCS, con la cual se podría revisar el cumplimiento de las “medidas de seguridad” durante la atención quirúrgica. ⁽³⁾

2.2.3 Lista de Verificación de Cirugía Segura

La “Lista de Verificación de Cirugía Segura” (LVCS), elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un “instrumento sencillo, práctico, de bajo costo y de alto impacto a nivel social” que contiene “los estándares mínimos universales del cuidado quirúrgico” para garantizar de manera eficiente la evaluación de medidas preoperatorias, intraoperatorias y posoperatorias con la finalidad de dar seguridad a las intervenciones quirúrgicas y disminuir las complicaciones y muertes quirúrgicas asociadas. ^(3, 19) (Ver cuadro 2)

2.2.3.1 Principios. La elaboración de la LVCS se fundamenta en tres principios: (3, 7, 20)

- “Simplicidad”: Contiene puntos clave y es de fácil aplicación.
- “Amplitud de aplicación”: Su aplicación se da en cualquier nivel de intervención quirúrgica, de equipamiento y de recursos humanos.
- “Mensurabilidad”: Se refiere a la medición del impacto, es decir, es significativo, aceptable y cuantificable por el profesional de salud en diversas situaciones.

El cumplimiento de estos principios posibilita que la aplicación de la LVCS se realice con éxito, esto a su vez, permite “reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomenta la comunicación y el trabajo en equipo entre cada integrante del equipo quirúrgico” y así mejorar la seguridad de las intervenciones quirúrgicas. (3, 6, 20)

Es importante que la aplicación de la LVCS durante la intervención quirúrgica sea dirigida por una sola persona, generalmente es una enfermera, pero esta función puede recaer en cualquier profesional de salud que participe de la operación. (3)

2.2.3.2 Fases. La LVCS consta de tres fases:

- “Entrada”. (6, 21, 22)

En esta parte, se realiza el “ingreso de datos” y se completa “antes de la inducción anestésica”. Se requiere la presencia, como mínimo del anesthesiólogo y del personal de enfermería. Esta fase consta de los siguientes pasos:

- a) “Confirmar el consentimiento del paciente para la aplicación de la anestesia y realización de la cirugía”.

b) “Confirmación con el paciente de la identificación, localización quirúrgica y procedimiento”:

Este paso es esencial para asegurar que el médico no interviene al “paciente equivocado, en una localización incorrecta o un procedimiento erróneo”. Se recomienda verificar los datos de la paciente con un documento de identidad, además realizar la verificación del número de historia clínica. No es recomendable considerar el número de cama para la identificación.

Existen situaciones en los cuales se dificulta la confirmación de datos por parte del paciente, por ejemplo, en “el caso de niños, pacientes incapacitados o pacientes no identificados (NN)”. En estos casos, “un tutor o miembro de la familia puede ayudar a la confirmación de datos”, por lo que se recomienda colocar un brazalete al paciente con los datos necesarios y que sea verificado por el tutor o familiar antes del ingreso del paciente a sala de operaciones.

c) “Confirmar que se ha marcado el sitio quirúrgico”:

Debe realizarse el marcado del sitio de la cirugía con un marcador permanente graficando una flecha que pueda ayudar a “distinguir en casos que implique lateralidad (derecha o izquierda) o múltiples estructuras o niveles (lesiones en piel, lesión en vértebras, entre otros)”.

d) “Chequeo completo de seguridad anestésica”:

Comprende “la inspección formal de los equipos anestésicos, instrumental y medicación previa”, en las siguientes situaciones: “Examen del equipo para la vía aérea, respiración, aspiración, drogas y dispositivos, medicación de emergencias y equipamiento”.

e) “Pulsioximetría en el paciente y que esté funcionando”:

Antes de la inducción anestésica, se debe “confirmar que el paciente tiene colocado el pulsioxímetro y que éste funcione de manera adecuada” y que esté a la vista de todo el personal. Se recomienda “utilizar los sistemas audibles de alarma sobre la frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno”.

f) “¿Tiene el paciente alguna alergia conocida?”

Se consultará al anesthesiólogo si el paciente tiene o no alergia conocida, si lo tuviera identificar cuál es.

g) “¿Tiene el paciente alguna dificultad en la respiración?”

Determinar si existe alto riesgo de dificultad de vía aérea, por lo que hay que tener listo la ayuda necesaria: preparación de un equipo de emergencia, ajustar abordaje de la anestesia, entre otros. Además, se debe “contestar la pregunta si hay instrumental y equipos, marcando la casilla correspondiente”.

h) “¿Tiene el paciente riesgo de perder más de 500 ml de sangre?”

Determinar si existe “el riesgo de perder más de 500 ml en adultos ó 7ml/Kg en paciente pediátrico durante la cirugía”. Además, se debe responder “si se ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos y dos vías de acceso (IV/Central)”, en caso fuera necesario.

- “Pausa quirúrgica”. (6, 21, 22)

Es la “pausa momentánea que se toma el equipo quirúrgico justo antes de realizar la incisión en la piel”, con el fin de confirmar que se ha realizado los controles de seguridad esenciales. Consta de los siguientes pasos:

a) “Se recomienda que cada persona en el quirófano se identifique a sí mismo por el nombre y verbalice su papel durante la intervención”.

b) “El cirujano, enfermera y anesthesiólogo confirman verbalmente: identificación del paciente, procedimiento, localización (incluir lateralidad) y posición”.

c) “Todos los miembros del equipo quirúrgico han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica”.

d) “Profilaxis antibiótica administrada en los últimos 60 minutos”:

Tiene de la finalidad de “reducir el riesgo de infección quirúrgica”. Se preguntará en voz alta si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos; si no se ha realizado, debería administrarse en ese momento. Si no se considera necesario, se marca la casilla “No procede” una vez que se confirma esto verbalmente.

e) “Previsión de incidentes críticos”:

Se realizará a través de una discusión rápida del cirujano, anestesiólogo y enfermera sobre los aspectos críticos y planes de intervención. Las situaciones que se toman en cuenta son: “duración de la intervención, previsión de pérdida de sangre, planes de resucitación, indicadores de esterilidad, aspectos del equipamiento”.

f) “Visualización de las imágenes esenciales”:

Las imágenes pueden ser esenciales para asegurar y planificar muchas intervenciones, como en procedimientos ortopédicos, resección de tumores, entre otros. Si se necesitara las imágenes, éstas deben mostrarse claramente para su uso durante la intervención.

g) “Otras verificaciones”:

Es una oportunidad para “verificar que las medidas críticas de seguridad se han completado de manera consistente”. Luego de la verificación de este punto, se procederá a realizar la intervención.

- “Salida”. (6, 21, 22)

En esta parte se completa antes del retiro del campo estéril. Puede “iniciarse por la enfermera circulante, cirujano o anestesiólogo y debe cumplirse idealmente durante la preparación final de la herida y antes que el cirujano abandone el quirófano”. Tienes los siguientes pasos:

a) “El cirujano revisa con todo el equipo”:

El cirujano evalúa si el procedimiento fue realizado según lo planificado, si han ocurrido eventos intraoperatorios importantes y establece el plan postoperatorio, en relación al cuidado de la herida operatoria, drenajes y tratamiento específicos.

b) “El anestesiólogo revisa con todo el equipo”:

Se evalúa si han ocurrido “eventos importantes relacionado con la anestesia, por ejemplo, hipotensión, alteraciones de ritmo o frecuencia cardiaca, dificultades relacionadas con la vía aérea, entre otras”.

c) “La enfermera revisa con todo el equipo”:

La enfermera debe “confirmar verbalmente que ha culminado el recuento final de gases e instrumental, confirmar la identificación de las muestras biológicas obtenidas y revisar las indicaciones para la recuperación del paciente”.

2.2.4 Equipo quirúrgico ⁽⁷⁾

Es un grupo de profesionales de salud capacitado para “el cuidado continuo del paciente antes, durante y después de la intervención quirúrgica”. Este grupo está conformado por:

- Médicos con especialidades quirúrgicas.
- Médicos anestesiólogos
- Licenciadas en enfermería

Los equipos quirúrgicos deben incorporar en su labor la aplicación de la LVCS con la máxima eficiencia, con los mínimos errores y procurando completar de manera adecuada los pasos. Un trabajo en equipo efectivo, en toda la ruta perioperatoria lleva a buenos resultados y a una recuperación rápida del paciente quirúrgico. ^(8, 23,24)

2.3 Glosario ^(6, 19, 25)

- Seguridad del paciente. ^(6,19)

“Reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través de la aplicación de las mejores prácticas, que garantice la obtención de óptimos resultados para el paciente”.

- Complicación. ^(6,25)

“Resultado clínico desfavorable de probable aparición relacionada a las condiciones propias del paciente y/o curso natural de la enfermedad”.

- Evento adverso. ^(6,25)

“Accidente que hubiera causado daño al paciente o le haya podido causar y está relacionado a las condiciones de asistencia como a las del propio paciente”.

- Atención quirúrgica. ⁽²⁵⁾

“Conjunto de actividades asistenciales y no asistenciales centradas en el paciente con una indicación quirúrgica, destinadas a la resolución integral del procedimiento indicado”.

3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo, transversal.

3.2 Ámbito de estudio

El estudio fue realizado en un hospital nivel III-1: Hospital María Auxiliadora. Este hospital presenta diferentes servicios de especialidad quirúrgica, entre ellos tenemos a los servicios de Cirugía General y Gineco-obstetricia, en los cuales se han realizado el 23,7% y 43,4% de las intervenciones quirúrgicas totales en el año 2017 ⁽²⁶⁾, respectivamente; a su vez, dichos servicios tienen implementado el uso de la LVCS desde hace más de 6 años.

3.3 Población de estudio y muestra

3.3.1 Población de estudio

Médicos que laboren en los servicios de Cirugía General y Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora: Cirujano general y gineco-obstetra.

3.3.2 Muestra

Constituida por los cirujanos generales y gineco-obstetras del Hospital María Auxiliadora. Se realizó “muestreo por conveniencia” por las facilidades de logística y de financiamiento para localizar a los sujetos del estudio.

3.3.3 Criterios de admisión

Criterios de inclusión.

- Médicos cirujanos generales y gineco-obstetras que laboren en el Hospital María Auxiliadora en su respectivo servicio.
- Médicos cirujanos generales y gineco-obstetras del Hospital María Auxiliadora que brinden el consentimiento verbal para participar el estudio.

Criterios de exclusión.

- Médicos cirujanos generales y gineco-obstetras del Hospital María Auxiliadora que no realizan intervenciones quirúrgicas en sus respectivos servicios.
- Médicos cirujanos generales y gineco-obstetras que no deseen participar en el estudio.

3.4 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	VALOR FINAL DE LA VARIABLE	CRITERIO DE MEDICIÓN
“Conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura”	Conjunto de ideas, conceptos y/o enunciados sobre la “Lista de Verificación de Cirugía Segura” que posee el médico de especialidad quirúrgica, orientada a mantener la seguridad del paciente antes, durante y después de la intervención quirúrgica.	Conjunto de información obtenida mediante un cuestionario estructurado autoadministrado al médico de especialidad quirúrgica, sobre la “Lista de Verificación de Cirugía Segura”	Cualitativa, ordinal, politómica	Nivel de conocimiento alto Nivel de conocimiento medio Nivel de conocimiento bajo	Puntaje de 4-5 Puntaje igual a 3 Puntaje de 0 a 2
“Actitud sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura”	Predisposición de reaccionar de manera determinada frente a la aplicación de la “Lista de Verificación de Cirugía Segura”, por parte del médico de especialidad quirúrgica	Predisposición de reaccionar de manera determinada frente a la aplicación de la “Lista de Verificación de Cirugía Segura”, por parte del médico de especialidad quirúrgica evaluada mediante un instrumento.	Cualitativa, nominal, politómica	Actitud favorable Actitud indiferente Actitud desfavorable	Puntaje de 21 a 25 Puntaje de 11 a 20 Puntaje de 1 a 10
“Aplicación práctica de la Lista de Verificación de Cirugía Segura”	Modo o forma de aplicación de la “Lista de Verificación de Cirugía Segura” por parte del médico de especialidad quirúrgica.	Modo o forma de aplicación de la “Lista de Verificación de Cirugía Segura” por parte del médico de especialidad quirúrgica evaluada por un instrumento.	Cualitativa, nominal, dicotómica	Aplicación práctica correcta Aplicación práctica incorrecta	Puntaje de 5 a 6 Puntaje de 0 a 4

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.5.1 Instrumento

El instrumento del estudio es un cuestionario modificado de estudios previos relacionada a la LVCS. ^(8, 9) (ver anexo A).

Posteriormente se realizó la validación del instrumento mediante juicio de expertos y la comprobación de la confiabilidad mediante la aplicación de un piloto.

El instrumento de la presente investigación se caracteriza por:

Evalúa los conocimientos, actitudes y aplicación práctica de la lista de verificación de cirugía segura en el profesional de salud (cirujano general y ginecoobstetra).

Presenta 27 ítems, los cuales se distribuyen de la siguiente manera:

- Datos generales: presenta 1 ítem.
- Conocimiento: presenta 7 ítems.
- Actitud: presenta 9 ítems.
- Aplicación práctica: presenta 10 ítems.

Las preguntas son cerradas politómicas, es decir, las respuestas que se presentan son una serie de alternativas en la que se debe elegir una alternativa.

La parte inicial del instrumento, contiene el nombre del autor y asesor, el título y el objetivo general del estudio.

3.5.2 Validez del instrumento

El instrumento se validó por “juicio de expertos”.

Se seleccionó a los jueces expertos que están familiarizados con el grupo poblacional al cual va dirigida la encuesta y que conocen la metodología de investigación.

Se entregó personalmente y, en algún caso, se envió por correo electrónico el instrumento, el cuadro de operacionalización de variables y una ficha de calificación del instrumento (ver anexo B) a un total de 6 jueces expertos. Se obtuvo respuesta en 4 de ellos (2 médicos gineco-obstetras y 2 médicos cirujanos generales).

El formato de evaluación del instrumento califica cada pregunta o ítem con valores del 1 al 5, lo cual significa:

- 1: “Muy poco aceptable”
- 2: “Poco aceptable”
- 3: “Regular”
- 4: “Aceptable”
- 5: “Muy aceptable”

Se evaluó cualitativa y cuantitativamente las respuestas en los formatos de validación. En la evaluación cualitativa se consideró todas las correcciones, sugerencias y aportes sobre el instrumento por parte de los jueces expertos, lo que ayudó a mejorar las preguntas del cuestionario.

La evaluación cuantitativa valoró al instrumento en coherencia con los objetivos, contenido y comprensibilidad. Para la determinación de la validez del instrumento, se realizó los siguientes procedimientos:

a) Cálculo de descriptivos:

Se calculó la “media” de la puntuación de cada experto (establecida en la ficha de calificación del instrumento) por cada ítem del instrumento, se determinó lo siguiente:

- Media > 3: la pregunta puede ser “aceptada”
- Media ≤ 3: la pregunta puede ser “cambiada o retirada”

b) Índice validez de contenido (IVC):

El “IVC” se calcula con la siguiente fórmula:

$$IVC = \frac{n_e - N/2}{N/2}$$

Donde:

n_e : “Número de expertos que han valorado el ítem como esencial o aceptable”.
 N : “Número total de expertos que han evaluado el ítem”.

Para considerar al ítem o pregunta como esencial o aceptable se tomó en cuenta la calificación de 4 (aceptable) ó 5 (muy aceptable) en la ficha de calificación del instrumento.

Los valores de IVC oscilan entre “+1” y “-1”, donde la puntuación positiva indica una mejor validez de contenido. Cuando el número de expertos es igual o menor a 7 será necesario un valor de IVC de al menos 0,99, los ítems debajo de ese valor serán eliminados o cambiados.

Ejecutado estos dos procedimientos, se obtuvo una matriz de validez del instrumento (Ver anexo C).

Posterior a la evaluación cualitativa y cuantitativa, se realizaron cambios en el contenido de las preguntas y retiro de algunas de ellas, para así obtener el instrumento validado (ver anexo D), estructurado de la siguiente manera:

- Datos generales: presenta 1 ítem.
- Conocimiento: presenta 5 ítems.
- Actitud: presenta 5 ítems.
- Aplicación práctica: presenta 6 ítems.

3.5.3 Confiabilidad del instrumento

Se determinó la confiabilidad del instrumento mediante una prueba piloto, en donde se garantizó las mismas condiciones de realización en las cuales se ejecutará el trabajo real. El cuestionario validado por “juicio de expertos” fue aplicado a 7 médicos especialistas (4 médicos cirujanos generales y 3 médicos gineco-obstetras) de un hospital general diferente de donde se realizó el trabajo.

Las respuestas obtenidas fueron registradas en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2016.

3.5.3.1 Para conocimiento y aplicación práctica. La parte de conocimiento y aplicación práctica, constan de 5 preguntas y 6 preguntas, respectivamente, cuyas respuestas se registra en una “base de datos”. Para ello, en la parte de conocimientos, se codificó como “1” si la respuesta es correcta y como “0” si la respuesta es incorrecta; a su vez, en la parte de aplicación práctica, se codificó como “1” si la respuesta es “Sí” y se registró como “0” si la respuesta es “No”. (Ver anexo E)

Para la determinación de la confiabilidad se realizó la prueba de “Kuder Richardson (K-R)”, que consiste:

$$\text{“K-R”} = \frac{k}{k - 1} \left(1 - \frac{\sum pq}{\sigma^2} \right)$$

k: “Número de ítems”

p: “Proporción de personas que responde correctamente cada ítem”

q: “Proporción de personas que responde incorrectamente cada ítem”

δ^2 : “varianza total del instrumento”

Si “K-R” es un valor superior a 0,6, entonces se determina que el cuestionario es altamente confiable.

En la parte de “conocimiento”, el resultado de “K-R” fue de 0,73, por lo que se concluye que es altamente confiable, mientras que la parte de “aplicación práctica”, el resultado de “K-R” fue de 0,92, por lo que se concluye que es altamente confiable.

3.5.3.2 Para actitud. La parte de actitudes consta de 5 preguntas, cuyas respuestas estaban basadas en la escala de Likert modificado. Había 5 opciones por pregunta, las cuales eran:

TA: “Totalmente de acuerdo”

A: “De acuerdo”

I: “Indiferente”

D: “Desacuerdo”

TD: “Totalmente en desacuerdo”

Para el registro de las respuestas en la base de datos (ver anexo E), se codificó de la siguiente manera:

Proposición	Positiva	Negativa
TA: "Totalmente de acuerdo"	5	1
A: "De acuerdo"	4	2
I: "Indiferente"	3	3
D: "Desacuerdo"	2	4
TD: "Totalmente en desacuerdo"	1	5

Para la determinación de la confiabilidad se realizó la prueba estadística de "Alfa de Cronbach (α)", que consiste:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Donde:

K: "Número de ítems"

S_i^2 : "Suma de las variancias individuales de los ítems"

S_T^2 : "Variancia de la suma total de los puntajes"

Si el valor de " α " es superior a 0,65, se determina que el instrumento es confiable.

En la parte de actitud, se obtuvo como resultado un " α "=0.92, por lo que se concluye que el instrumento es confiable.

3.6 Plan de recolección, procesamiento y análisis de los datos

3.6.1 Plan de recolección de datos

Se solicitó la autorización en la “Dirección General”, en la “Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación” y en las jefaturas de los servicios de Cirugía General y Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, para que brinden las facilidades logísticas necesarias para la ejecución del estudio.

Posteriormente, se solicitó la relación de profesionales médicos que laboren en los servicios de Cirugía General y Gineco-obstetricia en sus respectivas jefaturas, además de sus horarios de trabajo durante el tiempo en el cual se aplicará el instrumento.

Una vez obtenido el permiso para la ejecución del proyecto, se procedió a buscar a cada médico cirujano general y ginecoobstetra en su respectivo servicio, y se le entregó el instrumento, previo consentimiento verbal a participar en el estudio, además, se le brindó un tiempo prudencial para responder el cuestionario.

El autor fue el encargado de la recolección de datos.

3.6.2 Plan de procesamiento de datos

Las respuestas obtenidas del instrumento aplicado a este estudio, fueron ingresados en una hoja de cálculo en MS-EXCEL 2016, posteriormente se realizó el análisis y presentación de los resultados mediante tablas y/o gráficos.

Para la parte de “conocimiento”, la tabulación de datos se realizó codificando con “0” las respuestas incorrectas y con “1” las respuestas correctas.

Para la parte de “actitud”, la tabulación de datos se realizó codificando las respuestas de la siguiente manera:

Proposición	Positiva	Negativa
TA: “Totalmente de acuerdo”	5	1
A: “De acuerdo”	4	2
I: “Indiferente”	3	3
D: “Desacuerdo”	2	4
TD: “Totalmente en desacuerdo”	1	5

Para la parte de “aplicación práctica”, la tabulación de datos se realizó codificando como “0” si la respuesta es “No” y se codificó como “1” si la respuesta es “Sí”.

3.6.3 Plan de análisis de datos

Los datos tabulados fueron analizados mediante la estadística descriptiva.

Para la categorización de la variable “conocimiento” se utilizó la “escala Stanone”, quedando de la siguiente manera:

- “Nivel de conocimiento alto”: 4-5
- “Nivel de conocimiento medio”: 3
- “Nivel de conocimiento bajo”: 0-2

A cada participante del estudio se le clasificó en estas categorías, basado en la suma total de los valores obtenidos de las repuestas por cada pregunta de la parte de conocimiento.

Para la categorización de la variable “actitud” se utilizó la “escala Stanone”, quedando de la siguiente manera:

- “Actitud favorable”: 21-25
- “Actitud indiferente”: 11-20
- “Actitud desfavorable”: 1-10

A cada participante del estudio se le clasificó en estas categorías, en base a la suma total de los valores obtenidos de las respuestas por cada pregunta en la parte de actitud.

Para la categorización de la variable “aplicación práctica”, se determinó por la “media”, quedando de la siguiente manera:

- “Aplicación práctica correcta”: 5-6
- “Aplicación práctica incorrecta”: 0-4

A cada participante del estudio se le clasificó en estas categorías, en base a la suma total de los valores obtenidos de las respuestas por cada pregunta en la parte de aplicación práctica.

3.7 Consideraciones éticas

Este trabajo fue aprobado por el “Comité Institucional de Ética en Investigación” del Hospital María Auxiliadora para su posterior ejecución en la institución. (Ver Anexo F).

Las personas aceptaron su participación en este estudio fue de “forma voluntaria”. En la presentación del instrumento se hizo hincapié que antes de la realización del cuestionario, la persona debe dar su “consentimiento verbal” para participar en el estudio.

El profesional médico que aceptó de forma verbal su participación en el estudio, procedió al desarrollo del cuestionario. Los sujetos no recibieron algún tipo de compensación por su participación en este estudio. El autor garantizó la “confidencialidad” de la información obtenida.

4. RESULTADOS

4.1 Datos generales

En el estudio participaron 12 cirujanos generales y 22 gineco-obstetras que representan el 80% y el 70,97% del total de médicos asistentes de su respectivo servicio, en el Hospital María Auxiliadora.

Tabla 1 Distribución por especialidad

MÉDICOS ESPECIALISTAS	CIRUGÍA GENERAL		GINECO-OBSTETRICIA	
	fi	%	fi	%
Encuestados	12	80	22	70,97
No encuestados	3	20	9	29,03
TOTAL	15	100	31	100

4.2 Conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura

En la medición del conocimiento sobre la LVCS en los 12 cirujanos generales se obtuvo que el 50% presentaba “un nivel de conocimiento alto” (6 cirujanos generales), el 33,33% presentaba “un nivel de conocimiento medio” (4 cirujanos generales) y el 16,67% presentaba un “nivel de conocimiento bajo” (2 cirujanos generales). Así mismo, en la medición de conocimiento sobre la LVCS en los 22 gineco-obstetras, se obtuvo que el 68,18% presentaba un “nivel de conocimiento alto” (15 ginecoobstetras), el 22,73% presentaba un “nivel de conocimiento medio” (5 ginecoobstetras) y el 9,09% presentaba un “nivel de conocimiento bajo” (2 ginecoobstetras).

Tabla 2 **Conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura de los médicos especialistas de los servicios de Cirugía General y Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2018**

CONOCIMIENTO	CIRUGÍA GENERAL		GINECO-OBSTETRICIA	
	fi	%	Fi	%
Alto	6	50	15	68,18
Medio	4	33,33	5	22,73
Bajo	2	16,67	2	9,09
TOTAL	12	100	22	100

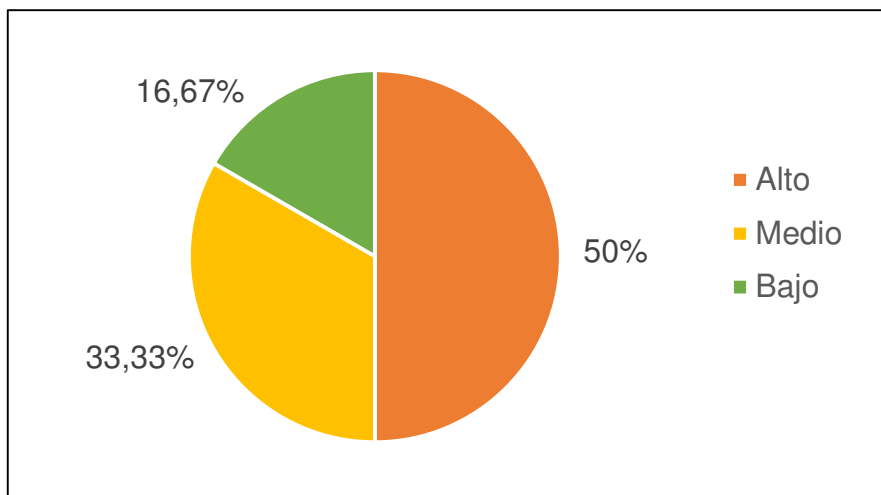


Gráfico 1 Conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura de los médicos especialistas del servicio de Cirugía General del Hospital María Auxiliadora, 2018

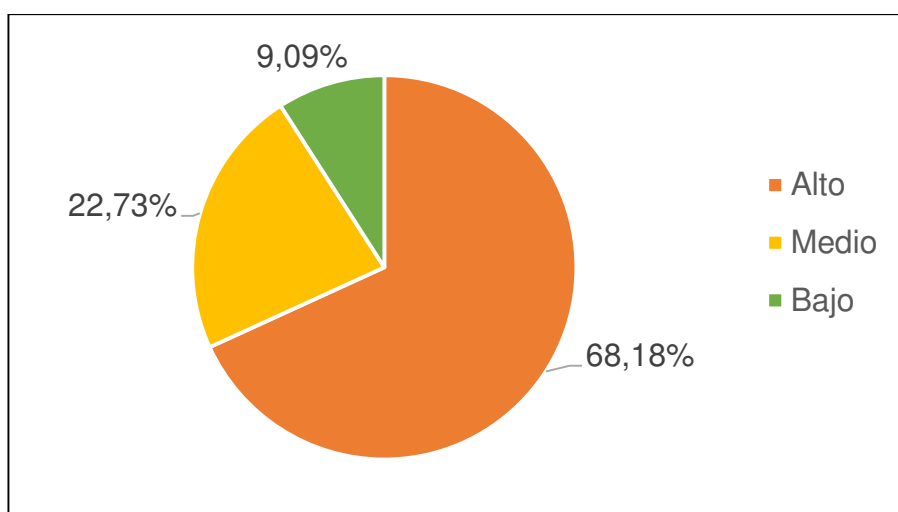


Gráfico 2 Conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura de los médicos especialistas del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2018

4.2.1 Preguntas de conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura

En el servicio de Cirugía General, con respecto a la pregunta 1 “¿A qué se refiere la Lista de Verificación de Cirugía Segura?”, la cual está relacionada con la “definición” de la “Lista de Verificación de Cirugía Segura” (LVCS), se obtuvo que el 91,6% respondió correctamente la pregunta (11 cirujanos generales), mientras que el 8,4% respondió incorrectamente (1 cirujano general).

En relación a la pregunta 2 “¿Cuál es el objetivo de la Lista de Verificación de Cirugía Segura?”, la cual está relacionada con el “objetivo” de la LVCS, se obtuvo que el 91,6% respondió correctamente la pregunta (11 cirujanos generales) y el 8,4% respondió incorrectamente (1 cirujano general).

Con respecto a la pregunta 3 “¿Cuáles son las fases de la Lista de Verificación de Cirugía Segura?”, la cual está relacionada con las “fases” de la LVCS, se obtuvo que el 66,6% respondió correctamente la pregunta (8 cirujanos generales) y el 33,4% respondió incorrectamente (4 cirujanos generales).

En relación a la pregunta 4 “¿Qué persona debe ser la que aplique la Lista de Verificación de Cirugía Segura?”, la cual está relacionada con la “persona encargada” de la LVCS, se obtuvo que el 58,3% respondió correctamente la pregunta (7 cirujanos generales) y el 41,7% respondió incorrectamente (5 cirujanos generales).

Con respecto a la pregunta 5 “En relación a los pasos de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, señale verdadero o falso”, la cual está relacionada con los “pasos” de la LVCS, se obtuvo que el 50% respondió correctamente la pregunta (6 cirujanos generales) y el 50% respondió incorrectamente (6 cirujanos generales).

Tabla 3 Preguntas de conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura de los médicos especialistas del servicio de Cirugía General del Hospital María Auxiliadora, 2018

PREGUNTAS		CIRUGÍA GENERAL			
		CORRECTA		INCORRECTA	
		fi	%	fi	%
1	Definición	11	91,6	1	8,4
2	Objetivo	11	91,6	1	8,4
3	Fases	8	66,6	4	33,4
4	Persona encargada	7	58,3	5	41,7
5	Pasos	6	50	6	50

En el servicio de Gineco-obstetricia, con respecto a la pregunta 1 “¿A qué se refiere la Lista de Verificación de Cirugía Segura?”, la cual está relacionada con la “definición” de la “Lista de Verificación de Cirugía Segura” (LVCS), se obtuvo que el 77,3% respondió correctamente la pregunta (17 gineco-obstetras), mientras que el 22,7% respondió incorrectamente (5 gineco-obstetras).

En relación a la pregunta 2 “¿Cuál es el objetivo de la Lista de Verificación de Cirugía Segura?”, la cual está relacionada con el “objetivo” de la LVCS, se obtuvo que el 90,9% respondió correctamente la pregunta (20 gineco-obstetras) y el 9,1% respondió incorrectamente (2 gineco-obstetras).

Con respecto a la pregunta 3 “¿Cuáles son las fases de la Lista de Verificación de Cirugía Segura?”, la cual está relacionada con las “fases” de la LVCS, se obtuvo que el 86,4% respondió correctamente la pregunta (19 gineco-obstetras) y el 13,6% respondió incorrectamente (3 gineco-obstetras).

En relación a la pregunta 4 “¿Qué persona debe ser la que aplique la Lista de Verificación de Cirugía Segura?”, la cual está relacionada con la “persona encargada” de la LVCS, se obtuvo que el 77,3% respondió correctamente la pregunta (17 gineco-obstetras) y el 22,7% respondió incorrectamente (5 gineco-obstetras).

Con respecto a la pregunta 5 “En relación a los pasos de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, señale verdadero o falso”, la cual está relacionada con los “pasos” de la LVCS, se obtuvo que el 59,1% respondió correctamente la pregunta (13 gineco-obstetras) y el 40,9% respondió incorrectamente (9 gineco-obstetras).

Tabla 4 Preguntas de conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura de los médicos especialistas del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2018

PREGUNTAS		GINECO-OBSTETRICIA			
		CORRECTA		INCORRECTA	
		fi	%	fi	%
1	Definición	17	77,3	5	22,7
2	Objetivo	20	90,9	2	9,1
3	Fases	19	86,4	3	13,6
4	Persona encargada	17	77,3	5	22,7
5	Pasos	13	59,1	9	40,9

4.3 Actitud sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura

En la medición de la actitud sobre la LVCS en los 12 cirujanos generales se obtuvo que el 100% presentaba una “actitud favorable” (12 cirujanos generales), ninguno presentó una “actitud indiferente” y una “actitud desfavorable”. Así mismo, en la medición de la actitud sobre la LVCS en los 22 gineco-obstetras, se obtuvo que el 100% presentaba una “actitud favorable” (22 gineco-obstetras), ninguno presentó una “actitud indiferente” y una “actitud desfavorable”.

Tabla 5 Actitud sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura de los médicos especialistas de los servicios de Cirugía General y Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2018

ACTITUD	CIRUGÍA GENERAL		GINECO-OBSTETRICIA	
	fi	%	fi	%
Favorable	12	100	22	100
Indiferente	0	0	0	0
Desfavorable	0	0	0	0
TOTAL	12	100	22	100

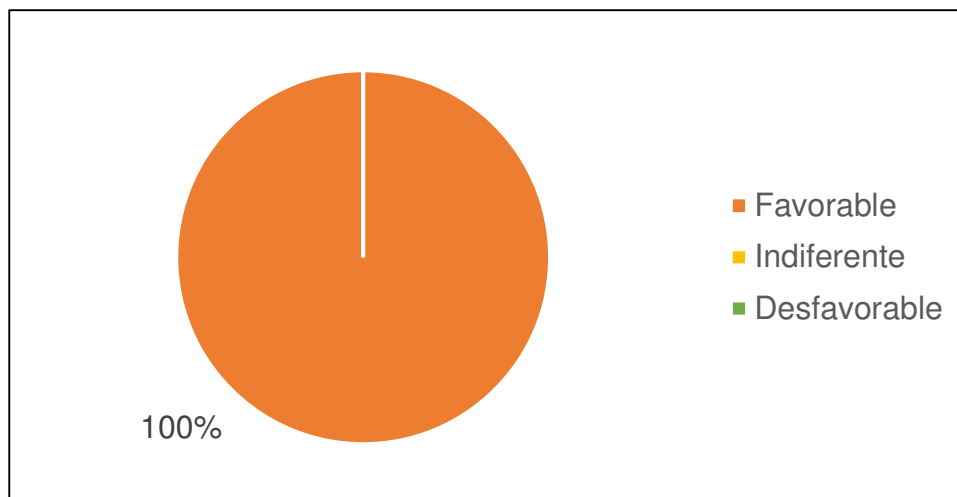


Gráfico 3 Actitud sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura de los médicos especialistas del servicio de Cirugía General del Hospital María Auxiliadora, 2018

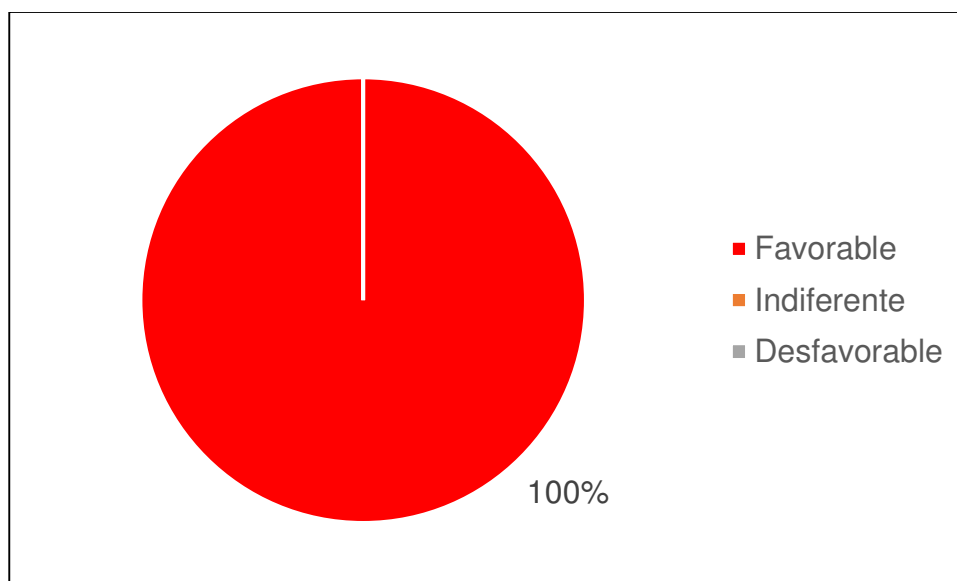


Gráfico 4 Actitud sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura de los médicos especialistas del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2018

4.3.1 Preguntas de actitud sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura

En el servicio de Cirugía General, con respecto a la pregunta 1 “¿Cree que la LVCS es una herramienta factible y eficiente para mejorar la seguridad del paciente en el área quirúrgica?”, la cual tiene una “connotación positiva”, se obtuvo que el 75% respondió “Totalmente de acuerdo” (9 cirujanos generales), el 25% respondió “De acuerdo” (3 cirujanos generales) y ninguno respondió “Indiferente”, “En desacuerdo” o “Totalmente en desacuerdo”.

En relación a la pregunta 2 “¿Debe existir compromiso respecto a la LVCS por parte de todos los miembros involucrados en el procedimiento quirúrgico?”, la cual tiene una “connotación positiva”, se obtuvo que el 91,6% respondió “Totalmente de acuerdo” (11 cirujanos generales), el 8,4% respondió “De acuerdo” (1 cirujano general) y ninguno respondió “Indiferente”, “En desacuerdo” o “Totalmente en desacuerdo”.

Con respecto a la pregunta 3 “¿Piensa que la LVCS fomenta la comunicación y el trabajo en equipo entre las diferentes disciplinas quirúrgicas?”, la cual tiene una “connotación positiva”, se obtuvo que el 91,6% respondió “Totalmente de acuerdo” (11 cirujanos generales), el 8,4% respondió “De acuerdo” (1 cirujano general) y ninguno respondió “Indiferente”, “En desacuerdo” o “Totalmente en desacuerdo”.

En relación a la pregunta 4 “¿Le gustaría que le aplicasen la LVCS en el caso le fueran intervenir quirúrgicamente a usted?”, la cual tiene una “connotación positiva”, se obtuvo que el 100% respondió “Totalmente de acuerdo” (12 cirujanos generales) y ninguno respondió “De acuerdo”, “Indiferente”, “En desacuerdo” o “Totalmente en desacuerdo”.

Con respecto a la pregunta 5 “¿Piensa que la aplicación de la LVCS altera/perjudica el ritmo de trabajo en el quirófano dado el número de ítems que contiene?”, la cual tiene una “connotación negativa”, se obtuvo que el 66,6% respondió “Totalmente en desacuerdo” (8 cirujanos generales), el 33,4% respondió “En desacuerdo” (4 cirujanos generales) y ninguno respondió “Indiferente”, “De acuerdo” o “Totalmente de acuerdo”.

Tabla 6 Preguntas de actitud sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura de los médicos especialistas del servicio de Cirugía General del Hospital María Auxiliadora, 2018

PREGUNTAS	CIRUGÍA GENERAL									
	TA		A		I		D		TD	
	fi	%	fi	%	Fi	%	Fi	%	fi	%
Pregunta 1	9	75	3	25	0	0	0	0	0	0
Pregunta 2	11	91,6	1	8,4	0	0	0	0	0	0
Pregunta 3	11	91,6	1	8,4	0	0	0	0	0	0
Pregunta 4	12	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Pregunta 5	0	0	0	0	0	0	4	33,4	8	66,6

Nota: TA (Totalmente de acuerdo); A (De acuerdo); I (Indiferente); D (En desacuerdo); TD (Totalmente en desacuerdo)

En el servicio de Gineco-obstetricia, con respecto a la pregunta 1 “¿Cree que la LVCS es una herramienta factible y eficiente para mejorar la seguridad del paciente en el área quirúrgica?”, la cual tiene una “connotación positiva”, se obtuvo que el 81,8% respondió “Totalmente de acuerdo” (18 gineco-obstetras), el 18,2% respondió “De acuerdo” (4 gineco-obstetras) y ninguno respondió “Indiferente”, “En desacuerdo” o “Totalmente en desacuerdo”.

En relación a la pregunta 2 “¿Debe existir compromiso respecto a la LVCS por parte de todos los miembros involucrados en el procedimiento quirúrgico?”, la cual tiene una “connotación positiva”, se obtuvo que el 59% respondió “Totalmente de acuerdo” (13 gineco-obstetras), el 49% respondió “De acuerdo” (9 gineco-obstetras) y ninguno respondió “Indiferente”, “En desacuerdo” o “Totalmente en desacuerdo”.

Con respecto a la pregunta 3 “¿Piensa que la LVCS fomenta la comunicación y el trabajo en equipo entre las diferentes disciplinas quirúrgicas?”, la cual tiene una “connotación positiva”, se obtuvo que el 54,5% respondió “Totalmente de acuerdo” (12 gineco-obstetras), el 40,9% respondió “De acuerdo” (9 gineco-obstetras), el 4,6% respondió “Indiferente” (1 gineco-obstetra) y ninguno respondió “En desacuerdo” o “Totalmente en desacuerdo”.

En relación a la pregunta 4 “¿Le gustaría que le aplicasen la LVCS en el caso le fueran intervenir quirúrgicamente a usted?”, la cual tiene “una connotación positiva”, se obtuvo que el 63,6% respondió “Totalmente de acuerdo” (14 gineco-obstetras), el 36,4% respondió “De acuerdo” (8 gineco-obstetras) y ninguno respondió “Indiferente”, “En desacuerdo” o “Totalmente en desacuerdo”.

Con respecto a la pregunta 5 “¿Piensa que la aplicación de la LVCS altera/perjudica el ritmo de trabajo en el quirófano dado el número de ítems que contiene?”, la cual tiene una “connotación negativa”, se obtuvo que el 77,3% respondió “Totalmente en desacuerdo” (17 gineco-obstetras), el 18,2% respondió “En desacuerdo” (4 gineco-obstetras), el 4,5% respondió “Indiferente” (1 gineco-obstetra) y ninguno respondió “De acuerdo” o “Totalmente de acuerdo”.

Tabla 7 Preguntas de actitud sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura de los médicos especialistas del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2018

PREGUNTAS	GINECO-OBSTETRICIA									
	TA		A		I		D		TD	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Pregunta 1	18	81,8	4	18,2	0	0	0	0	0	0
Pregunta 2	13	59	9	41	0	0	0	0	0	0
Pregunta 3	12	54,5	9	40,9	1	4,6	0	0	0	0
Pregunta 4	14	63,6	8	36,4	0	0	0	0	0	0
Pregunta 5	0	0	0	0	1	4,5	4	18,2	17	77,3

Nota: TA (Totalmente de acuerdo); A (De acuerdo); I (Indiferente); D (En desacuerdo); TD (Totalmente en desacuerdo)

4.4 Aplicación práctica de la Lista de Verificación de Cirugía Segura

En la medición de la aplicación práctica de la LVCS en los 12 cirujanos generales se obtuvo que el 41,67% realizaba una “aplicación práctica correcta” (5 cirujanos generales) y el 58,33% realizaba una “aplicación práctica incorrecta” (7 cirujanos generales). Así mismo, en la medición de la aplicación práctica de la LVCS en los 22 gineco-obstetras, se obtuvo que el 68,18% realizaba una “aplicación práctica correcta” (15 gineco-obstetras) y el 31,82% realizaba una “aplicación práctica incorrecta” (7 gineco-obstetras).

Tabla 8 Aplicación práctica de la Lista de Verificación de Cirugía Segura de los médicos especialistas de los servicios de Cirugía General y Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2018

APLICACIÓN PRÁCTICA	CIRUGÍA GENERAL		GINECO-OBSTETRICIA	
	fi	%	Fi	%
Correcta	5	41,67	15	68,18
Incorrecta	7	58,33	7	31,82
TOTAL	12	100	22	100

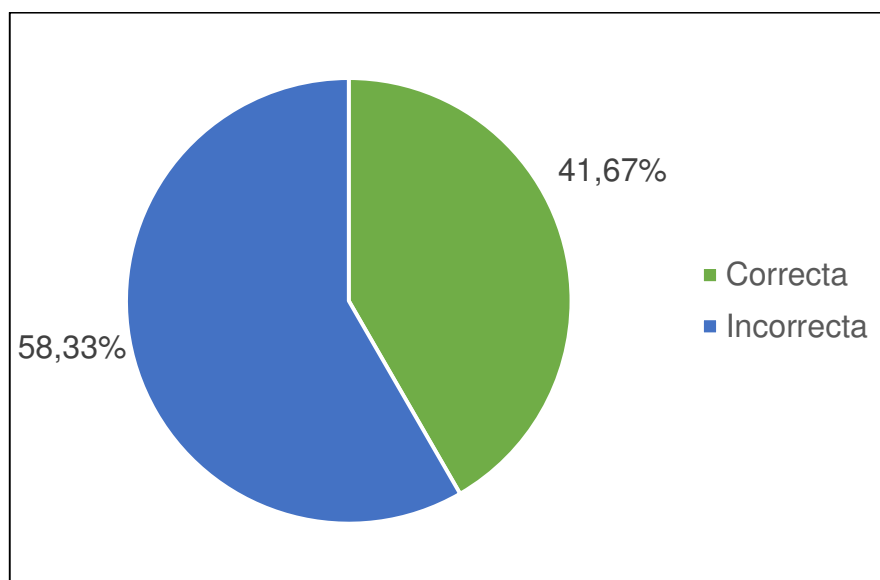


Gráfico 5 Aplicación práctica de la Lista de Verificación de Cirugía Segura de los médicos especialistas del servicio de Cirugía General del Hospital María Auxiliadora, 2018

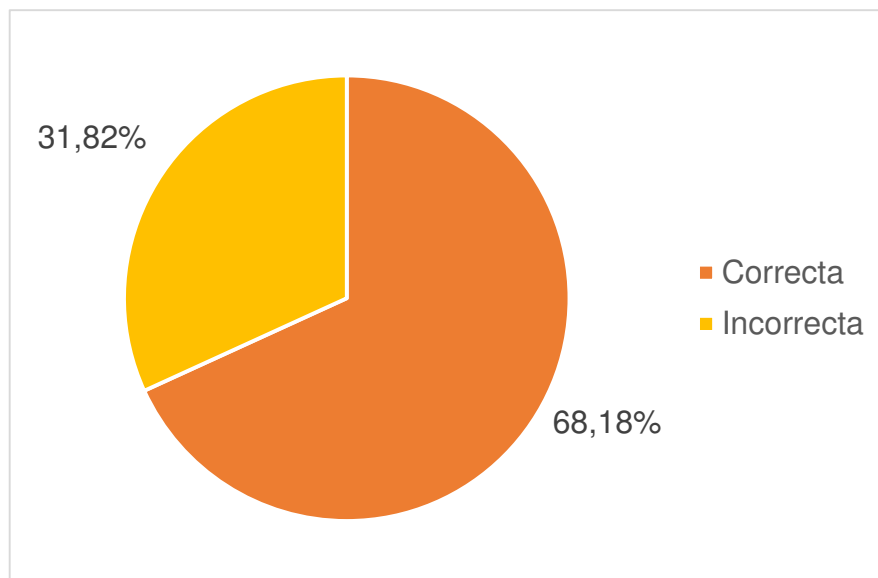


Gráfico 6 Aplicación práctica de la Lista de Verificación de Cirugía Segura de los médicos especialistas del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2018

4.4.1 Preguntas de aplicación práctica de la Lista de Verificación de Cirugía Segura

En el servicio de Cirugía General, con respecto a la pregunta 1 “¿Están todos los miembros del equipo quirúrgico presentes antes de iniciar la LVCS?”, se obtuvo que el 91,6% respondió “Sí” (11 cirujanos generales), mientras que el 8,4% respondió “No” (1 cirujano general).

En relación a la pregunta 2 “¿Se realiza la pausa quirúrgica justo antes de realizar la incisión cutánea?”, se obtuvo que el 58,3% respondió “Sí” (7 cirujanos generales) y el 41,7% respondió “No” (5 cirujanos generales).

Con respecto a la pregunta 3 “¿Se presentan los distintos miembros del equipo quirúrgico por su nombre y su función?”, se obtuvo que el 66,6% respondió “Sí” (8 cirujanos generales) y el 33,4% respondió “No” (4 cirujanos generales).

En relación a la pregunta 4 “¿Todos los ítems de la LVCS se verifican verbalmente?”, se obtuvo que el 50% respondió “Sí” (6 cirujanos generales) y el 50% respondió “No” (6 cirujanos generales).

Con respecto a la pregunta 5 “¿Se enuncian en voz alta las diferentes frases (Entrada, pausa quirúrgica y salida) antes de continuar el procedimiento?”, se obtuvo que el 58,3% respondió “Sí” (7 cirujanos generales) y el 41,7% respondió “No” (5 cirujanos generales).

En relación a la pregunta 6 “Si alguno de los ítems evaluados en la LVCS no se cumple, ¿se suspende el proceso quirúrgico?”, se obtuvo que el 66,6% respondió “Sí” (8 cirujanos generales) y el 33,4% respondió “No” (4 cirujanos generales).

Tabla 9 Preguntas de aplicación práctica de la Lista de Verificación de Cirugía Segura de los médicos especialistas del servicio de Cirugía General del Hospital María Auxiliadora, 2018

PREGUNTA	CIRUGÍA GENERAL			
	SÍ		NO	
	Fi	%	fi	%
Pregunta 1	11	91,6	1	8,4
Pregunta 2	7	58,3	5	41,7
Pregunta 3	8	66,6	4	33,4
Pregunta 4	6	50	6	50
Pregunta 5	7	58,3	5	41,7
Pregunta 6	8	66,6	4	33,4

En el servicio de Gineco-obstetricia, con respecto a la pregunta 1 “¿Están todos los miembros del equipo quirúrgico presentes antes de iniciar la LVCS?”, se obtuvo que el 95,5% respondió “Sí” (21 gineco-obstetras), mientras que el 4,5% respondió “No” (1 gineco-obstetra).

En relación a la pregunta 2 “¿Se realiza la pausa quirúrgica justo antes de realizar la incisión cutánea?”, se obtuvo que el 77,3% respondió “Sí” (17 gineco-obstetras) y el 22,7% respondió “No” (5 gineco-obstetras).

Con respecto a la pregunta 3 “¿Se presentan los distintos miembros del equipo quirúrgico por su nombre y su función?”, se obtuvo que el 81,8% respondió “Sí” (18 gineco-obstetras) y el 18,2% respondió “No” (4 gineco-obstetras).

En relación a la pregunta 4 “¿Todos los ítems de la LVCS se verifican verbalmente?”, se obtuvo que el 77,3% respondió “Sí” (17 gineco-obstetras) y el 22,7% respondió “No” (5 gineco-obstetras).

Con respecto a la pregunta 5 “¿Se enuncian en voz alta las diferentes frases (Entrada, pausa quirúrgica y salida) antes de continuar el procedimiento?”, se obtuvo que el 72,7% respondió “Sí” (16 gineco-obstetras) y el 27,3% respondió “No” (6 gineco-obstetras).

En relación a la pregunta 6 “Si alguno de los ítems evaluados en la LVCS no se cumple, ¿se suspende el proceso quirúrgico?”, se obtuvo que el 63,6% respondió “Sí” (14 gineco-obstetras) y el 36,4% respondió “No” (8 gineco-obstetras).

Tabla 10 Preguntas de aplicación práctica de la Lista de Verificación de Cirugía Segura de los médicos especialistas del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2018

PREGUNTA	GINECO-OBSTETRICIA			
	SÍ		NO	
	Fi	%	fi	%
Pregunta 1	21	95,5	1	4,5
Pregunta 2	17	77,3	5	22,7
Pregunta 3	18	81,8	4	18,2
Pregunta 4	17	77,3	5	22,7
Pregunta 5	16	72,7	6	27,3
Pregunta 6	14	63,6	8	36,4

5. DISCUSIÓN

La Lista de verificación de Cirugía Segura (LVCS) es una herramienta dirigida a mejorar la seguridad del paciente en las intervenciones quirúrgicas y así lograr disminuir los eventos adversos evitables. ⁽²⁷⁾ Los estudios relacionados a la LVCS, mayormente está dirigida por y para el personal de enfermería, por lo que existen pocos estudios dirigidas hacia los médicos de especialidades quirúrgicas.

En nuestro estudio, se evidenció que el 50% y el 68,18% de médicos evaluados de los servicios de Cirugía General y Ginecoobstetricia, respectivamente, presentaron un “nivel de conocimiento alto” sobre la LVCS. En el estudio realizado por Moreta Sanafria ⁽⁸⁾ realizado en el “Hospital Eugenio Espejo” (Quito, Ecuador), en la cual se evaluó a 21 anestesiólogos y a 18 cirujanos, que pertenecían a las especialidades de Ginecología, Traumatología, Cirugía general y Oftalmología, se observó que los anestesiólogos tenían “mayor conocimiento” sobre la LVCS en comparación

con los cirujanos. Así mismo, se evidenció que el 66,7% de los cirujanos respondieron correctamente a la pregunta relacionada con el “objetivo” de la LVCS, la cual es un porcentaje menor a comparación de los resultados obtenidos en nuestro estudio, donde se evidenció que el 91,6% y el 90,9% de los médicos de los servicios de Cirugía General y Gineco-obstetricia, respectivamente, respondieron correctamente a la pregunta relacionada con el objetivo de la LVCS. Además, se observó que, en la pregunta relacionada con la “persona encargada” de la LVCS en el acto quirúrgico, el 55,6% de los cirujanos respondieron correctamente, porcentaje cercano al obtenido en los cirujanos generales (58,3%), pero menor al obtenido en los gineco-obstetras (77,3%).

En el estudio de Otarola G.⁽²⁸⁾, realizado en el servicio de “Cirugía Pediátrica” del “Hospital universitario Dr. Ángel Larralde” (Valencia, Venezuela), donde fueron evaluados 9 cirujanos, se evidenció que el 45% de los cirujanos conocían el “objetivo” de la LVCS, porcentaje menor al obtenido en nuestro trabajo. A su vez, se presentó que el 36% de los cirujanos conocía el “contenido” de la LVCS, la cual está relacionado con los “pasos” de la LVCS, y tal valor está por debajo de lo obtenido en nuestro estudio, en donde se observó que el 50% y el 59,1% de los médicos de los servicios de Cirugía general y Ginecoobstetricia, respectivamente, conocían las “fases” de la LVCS.

En nuestro país, en el estudio de Choquemallco Ticona ⁽²⁹⁾, realizado en el “servicio de Quirófano” del “Hospital Carlos Monge Medrano” (Juliaca, Puno), fueron evaluados 35 cirujanos (no se especifica la especialidad quirúrgica), y se observó que el 23% tenía un “conocimiento bueno”, el 58%, un “conocimiento regular” y el 19%, un “conocimiento deficiente” sobre la LVCS. Tales valores no están acordes a lo obtenido en nuestro estudio, en donde el grupo predominante, tanto en los cirujanos generales como en los gineco-obstetras, es el de nivel de conocimiento alto.

Con respecto a la actitud sobre la LVCS, en nuestro estudio, se evidenció que 100% de los cirujanos generales y de los gineco-obstetras presentaban una actitud favorable sobre la LVCS. Este resultado estaría relacionado con los resultados obtenidos en el estudio de Rivero García y colaboradores ⁽⁴⁾, realizado en el “Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez”, en donde se evaluó a 51 médicos de especialidad quirúrgica (residentes, anesestesiólogos y cirujanos), y se evidenció que 86,3% de los médicos considera beneficiosa el uso de la LVCS. De igual manera, se observó que el 91,2% piensa que es una herramienta que ayuda a evitar eventos adversos, porcentaje muy parecido obtenido en nuestro estudio (100 % en cirujanos generales y en ginecoobstetras).

En el estudio de Cuq Bustamante y colaboradores ⁽¹⁰⁾, realizado en el “Hospital regional Valdivia” (Chile), a través de estudio cualitativo de “tipo fenomenológico” en los cuales participaron 15 profesionales sanitarios (enfermeras, médicos, nutricionistas, químicos farmacéuticos y técnicos paramédicos), se evidenció que los profesionales evaluados consideran beneficioso el uso de la LVCS para la seguridad del paciente y que debe existir compromiso no solo por parte del equipo quirúrgico, sino también por parte de la institución en donde se labora, lo cual corrobora lo obtenido en nuestro estudio.

En nuestro estudio, se presentó que el 100% y el 95,4% de los cirujanos generales y gineco-obstetras, respectivamente, consideran que la LVCS fomenta la comunicación y el trabajo en equipo entre las diferentes disciplinas quirúrgicas, lo cual es revalidado en el estudio de Nugent y colaboradores ⁽³⁰⁾, realizado por el “Departamento de Cirugía de la Royal College of Surgeons” en Irlanda, en donde se identificó a 61 Departamentos de Cirugía operativos de los hospitales de Irlanda, a los cuales se les envió un cuestionario en línea a los equipos quirúrgicos (cirujanos, anesestesiólogos y enfermeras), y se observó que el 72% los encuestados considera que la LVCS mejora la comunicación del equipo quirúrgico y el 63% piensa que la LVCS genera un cambio positivo en el comportamiento del equipo.

A nivel nacional, en el estudio de Franco Puente ⁽³¹⁾, realizado en el “Hospital Regional de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro” (La Merced, Junín), en el servicio de Centro Quirúrgico, se evaluó a 25 profesionales de la salud (12 cirujanos, 8 enfermeras y 5 anestesiólogos) y se evidenció que el 80% tiene una percepción favorable sobre la utilidad de la LVCS, el 52% piensa que la LVCS mejora la comunicación entre el equipo quirúrgico, valor muy por debajo de lo encontrado en nuestro estudio; así mismo, se observó que el 88% considera que la LVCS ayuda a mejorar la seguridad del paciente, porcentaje acorde al obtenido en nuestro trabajo. Lo que más resalta es que el 48% de los evaluados, les desagrada utilizar la LVCS porque consideran que en ocasiones altera el ritmo de trabajo en el quirófano, valor contrario a lo obtenido en nuestro estudio, en donde se presentó que el 100% de los cirujanos generales y 95,5% de los gineco-obstetras están en desacuerdo con esta premisa.

A nivel de la aplicación práctica de la LVCS, en nuestro trabajo se observó que el 41,67% de los cirujanos generales y el 68,18% de los gineco-obstetras lo realizan correctamente. En el estudio de Rivero García y colaboradores ⁽⁴⁾, antes mencionado, se refirió que el 94,5% del equipo quirúrgico aplicó la LVCS correctamente, valor que está por encima de lo obtenido en nuestro estudio. En otro estudio realizado por Torres B y colaboradores ⁽¹⁸⁾, en el “servicio de Traumatología y Ortopedia” del “Hospital Santa Cruz de Liencres” (Cantabria, España), se analizó 3024 registros intraquirúrgicos de pacientes de los años 2009-2010 y se evidenció que el ítem de la LVCS relacionado a la presentación de los miembros del equipo quirúrgico no se cumplió en el 52,9% de los casos, este valor revela indirectamente que existen un importante número de cirujanos que no cumple con el ítem mencionado. Caso contrario, ocurre en el trabajo de Constanza Collazos y colaboradores ⁽¹⁶⁾, realizado en el “Hospital General de Medellín” (Colombia), donde se encuestó a 246 pacientes que fueron sometidos a alguna cirugía mayor (excepto las cirugías cardiovasculares) durante los meses de febrero y marzo del 2011, y se evidenció que el 14,23% de los encuestados reveló que los miembros del equipo quirúrgico no se presentaron por su nombre y su función en la sala de cirugía.

A nivel local, la “Oficina de Gestión de Calidad” del “Hospital María Auxiliadora” ⁽³²⁾ informó que, durante el primer trimestre del 2018, los médicos cirujanos tuvieron una adherencia de 74,16% a la LVCS, así mismo, menciona que en la institución el registro de la LVCS es realizado por el personal de Enfermería. El informe revela que en el 99,19% del total de cirugías realizadas, el equipo quirúrgico se encuentra presente antes de la realización del consentimiento informado, identificación del paciente y localización quirúrgica, que son los primeros pasos de la LVCS. Este porcentaje está acorde indirectamente con lo encontrado en nuestro estudio, en donde el 91,6% de cirujanos generales y el 95,5% de gineco-obstetras evaluados, afirman que todos los miembros del equipo quirúrgico se encuentran presentes antes de iniciar la aplicación de la LVCS. Con respecto a la presentación de los miembros del equipo quirúrgico en sala de operaciones, en este informe se observó que ocurre en el 95,5 % de las intervenciones quirúrgicas realizadas, lo que hace suponer que la mayoría de miembros del equipo quirúrgico se presentan durante la intervención quirúrgica, lo que estaría acorde con lo revelado por el 81,8% de gineco-obstetras evaluados. Es importante mencionar que, este informe revela que hubo ítems de la LVCS, aplicados a las intervenciones quirúrgicas, sin el llenado correspondiente, pero no se informa si hubo suspensión de la intervención quirúrgica por la falta revisión de algunos de los pasos de la LVCS, ya que el 66,6% de cirujanos generales y el 63,6% gineco-obstetras evaluados, revelan que si uno de los ítems de la LVCS no se cumple se suspende el procedimiento quirúrgico.

En general, se evidencia que las realidades en otros países, sobre todo a nivel latinoamericano, son muy parecidas a las observadas en nuestro país, aunque aún falta conocer más la realidad sobre la aplicación de LVCS en los hospitales nacionales y su relación con la prevención de eventos adversos durante la intervención quirúrgica.

6. CONCLUSIONES

- El 50% de los cirujanos generales tienen un “nivel de conocimiento alto” sobre la “Lista de Verificación de Cirugía Segura”, mientras que el 50% tienen un “nivel de conocimiento medio-bajo”.
- El 68,18% de los gineco-obstetras tienen un “nivel de conocimiento alto” sobre la “Lista de Verificación de Cirugía Segura”, mientras que el 31,82% tienen un “nivel de conocimiento medio-bajo”.
- El 100% de cirujanos generales y de gineco-obstetras tienen una “actitud favorable” sobre la “Lista de Verificación de Cirugía Segura”.
- El 58,33% de cirujanos generales realizan una “aplicación práctica incorrecta” de la “Lista de Verificación de Cirugía Segura”, mientras que el 41,67% hacen una “aplicación práctica correcta”.
- El 68,18% de gineco-obstetras realizan una “aplicación práctica correcta” de la “Lista de Verificación de Cirugía Segura”, mientras que el 31,82%, hacen una “aplicación práctica incorrecta”.
- El proceso de lograr la validez y confiabilidad de nuestro cuestionario nos ha permitido configurarlo de modo tal que es replicable para otros estudios relacionados.

7. RECOMENDACIONES

- Ampliar el estudio de conocimiento, actitud y aplicación práctica de la “Lista de Verificación de Cirugía Segura” a nivel de médicos cirujanos de todas las especialidades quirúrgicas y médicos anestesiólogos.
- Realizar estudios similares en la gran mayoría de hospitales nivel III a nivel de todo el país, para conocer más la realidad nacional con respecto al uso de la “Lista de Verificación de Cirugía Segura”.
- Realizar estudios para conocer la asociación entre la “aplicación práctica correcta” de la “Lista de Verificación de Cirugía Segura” y la “seguridad del paciente” durante la intervención quirúrgica.
- Fomentar entre los cirujanos el cumplimiento de la “Lista de Verificación de Cirugía Segura”, por ser un instrumento de seguridad para los pacientes quirúrgicos y evitar los eventos adversos que ponen en “riesgo” la salud de las pacientes.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Haynes AB, Weiser TG et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009; 360 (5): 491-499.
2. González Acero, Teresa. Lista de verificación de seguridad de la cirugía, un paso más hacia la seguridad del paciente. [Trabajo de fin de grado]. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2012.
3. Alianza Mundial para la Seguridad del paciente. Organización Mundial de la Salud (OMS). Segundo reto mundial por la seguridad del paciente. La cirugía segura salva vidas. Ginebra, 2008.
4. Rivero G., Diana, González, A. N., Bates, M. L. P., & Villarreal, G. C. Nivel de cumplimiento y factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. *Rev Mex Enf Cardiol*. 2012; 20 (2): 47-53.
5. Arribalzaga, E. B., Lupica, L., Delor, S. M., & Ferraina, P. A. Implementación del listado de verificación de cirugía segura. *Rev Argent de Cirug*. 2012; 102 (1): 8-12.
6. Dirección General de Salud de las Personas. Ministerio de Salud (MINSU). Guía Técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía. Lima, 2011.
7. Becerra Eneque, Katherin. Experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo-cirugía segura, Hospital Essalud, Chiclayo, Perú 2012. [Tesis de grado]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2012.

8. Moreta Sanafria, Carolina, D. Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo en marzo del año 2015 mediante una encuesta directa. [Tesis de Postgrado de Anestesiología y Reanimación]. Quito: Universidad Central de Ecuador; 2015.
9. Valentín Trejo Eva. Evaluación de la aplicación del listado de verificación quirúrgica como estrategia de mejora en la cultura de seguridad. [Tesis para Máster]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2015.
10. Cuq Bustamante Denisse, Rubilar Reyes Marjorie, Tapia Vera Carola. Percepción de los profesionales de salud del uso de listas de chequeo para la seguridad de la atención del paciente. [Tesis de Grado]. Valdivia: Universidad Austral de Chile; 2011.
11. Real Academia Española (RAE). Diccionario de la Lengua Española [Internet]. Madrid: 2014 [citado 6 de marzo del 2018]. Disponible en: <https://dle.rae.es/>
12. Bunge Mario. La ciencia, su método y filosofía [en línea]. Buenos Aires; 1997. [fecha de acceso 6 de marzo del 2018]. Disponible en: https://users.dcc.uchile.cl/~cguetierr/cursos/INV/bunge_ciencia.pdf
13. Martínez Marín Andrés, Ríos Rosas Francy. Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado. Cinta de Moebio 2006; 25: 111-121.
14. Soler Morejón Caridad. Conocimiento médico y su gestión. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2011; 10 (4): 505-512.

15. Amigo Raúl. Más allá del customer experience [en línea]. Primera edición. Bogotá: LID; 2016. [Fecha de acceso 04 de marzo del 2018]. Disponible en: https://books.google.com.pe/books/about/M%C3%A1s_all%C3%A1_del_customer_experience.html?id=0X_DDAAAQBAJ&redir_esc=y
16. Collazos Constanza, Bermudez Liliana, Quintero Alvaro, Quintero León E., Díaz Marcela M. Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente. Rev Colomb Anestesiol 2013; 41 (2): 109-113.
17. Barbosa R. Gabriel, Garnica R. Lina. Prevalencia de complicaciones y factores predisponentes en cirugía ginecológica por patología benigna en el hospital universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia. Rev Chil Obstet Ginecol 2015; 80 (6): 456-461.
18. Torres B, Nolasco A, Maciá L, Cervera A, Seva A, Barbera C. Seguridad quirúrgica y cumplimentación del registro de información intraquirúrgica en España: Un análisis comparativo de dos instrumentos de registro. Enfermería Global 2016; 41:183-194.
19. Gutiérrez Fernández Rodrigo, Fernández Martín Juan. La seguridad quirúrgica en el marco del Sistema Nacional de Salud de España. Rev CONAMED 2016; 15 (4): 188-194.
20. Cordovilla Zamora, Mónica Jeannette. Utilidad del check list para el mejoramiento de atención en el área quirúrgica del Hospital IESS Ambato, en el período de agosto del 2015. [Tesis de Grado]. Ambato: Facultad de Ciencias Médicas, Universidad regional Autónoma de los Andes; 2016.
21. Organización Mundial de la Salud (OMS). Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009. Ginebra, 2009.

22. Vázquez Cruz Inmaculada. Análisis de la implantación del listado de verificación de seguridad quirúrgica en un programa de cirugía menor en atención primaria. [Tesis doctoral]. Sevilla: Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla; 2016.
23. Hull Louise, Sevdalis Nick. El trabajo en equipo y la seguridad en cirugía. Rev Colomb Anesthesiol 2015; 43 (1): 3-6.
24. Pozo Muñoz F, Padilla Marín V. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria. Rev Calid Asist 2013; 28 (6): 329-336.
25. Jiménez López Ignacio, Álvarez Fernández Rosa, Bachiller Burgos Jaime, Caba Barrientos Fernando, Cano Serrano Elena, Cuellar Obispo Encarnación, et al. Atención al paciente quirúrgico: proceso asistencial integrado. Sevilla: Junta de Andalucía; 2014.
26. Oficina de Estadística e Informática, Hospital María Auxiliadora. Ministerio de Salud (MINSU). Compendio Estadístico 2016. Lima, 2017.
27. Izquierdo Baca Fabiola del Pilar. Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de Cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo 2015. [Tesis para Especialista en Centro Quirúrgico]. Lima: Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina, Universidad nacional Mayor de San Marcos; 2016.
28. Otarola G. Marianeth. Conocimiento y factibilidad de la aplicación de la Lista de Verificación de seguridad quirúrgica. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, abril 2017. [Tesis de grado para Especialista en Cirugía Pediátrica]. Valencia: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo; 2017.

29. Choquemallco Ticona Reyna Rosa. Conocimiento sobre la Lista de Verificación en la seguridad de la Cirugía, en profesionales de la salud del servicio de Quirófano del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, 2017. [Tesis de Grado]. Juliaca: Universidad Nacional del Altiplano; 2017.
30. Nugent E, Hseino H, Ryan K, Traynor O, Neary P, Keane F. The surgical safety checklist survey: a national perspective on patient safety. *Ir J Med Sci* 2013; 182: 171-176.
31. Franco Puente Rosario del Pilar. Percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad de la lista de verificación de cirugía segura en el Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro” La Merced-Chanchamayo 2015. [Tesis para Título de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico]. La Merced: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018.
32. Oficina de Gestión de la Calidad, Hospital María Auxiliadora. Ministerio de Salud (MINSA). Informe sobre la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura durante el I trimestre 2018. Lima, 2018.

9. ANEXOS

Anexo A. Instrumento no validado.

INSTRUMENTO.

AUTOR: Correa Sánchez, Art Wilson

DOCENTE ASESOR: Dr. Julio César Medina Verástegui

TITULO DE TESIS:

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN LOS MÉDICOS DE LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA GENERAL Y GINECO-OBSTETRICIA EN UN HOSPITAL GENERAL DE LIMA, PERÚ 2018”.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el conocimiento, actitud y aplicación práctica de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura en los médicos de los servicios de Cirugía General y Gineco-obstetricia en un Hospital General de Lima en el 2018.

LUEGO DE HABER REVISADO EL OBJETIVO DE ESTE ESTUDIO, DOY EL “CONSENTIMIENTO VERBAL” PARA QUE SE UTILICE LA INFORMACIÓN DADO POR MI PERSONA PARA TAL FIN. RECUERDE ESTA ENCUESTA ES “ANÓNIMA”.

DATOS GENERALES.

Profesión médica:

- a) Médico Gineco-obstetra
- c) Médico Cirujano General

CONOCIMIENTO. ^(a)

Por cada pregunta solo elija una respuesta.

1. “¿A qué se refiere la Lista de Verificación de Cirugía Segura?”

- a) “Es una lista que toma en cuenta los antecedentes quirúrgicos y personales del paciente y pone énfasis en el ayuno”.
- b) “Es un instrumento sencillo, práctico, de bajo costo y de alto impacto a nivel social que contiene los estándares mínimos universales del cuidado quirúrgico”.
- c) “Es una escala para medir el cumplimiento de las normas de bioseguridad y manejo de desechos en el quirófano”.
- d) “Todas son correctas”

2. “¿Cuál es el objetivo de la Lista de Verificación de Cirugía Segura?”

- a) “Disminuir la morbilidad asociada al acto quirúrgico anestésico”.
- b) “Aumentar la tasa de productividad del quirófano”.
- c) “Disminuir el número de infecciones en el sitio quirúrgico”.
- d) “Mejorar la relación médico paciente”.

3. “¿Cuáles son las fases de la Lista de Verificación de Cirugía Segura?”

- a) “Entrada y Salida”
- b) “Pausa quirúrgica”
- c) “a y b”
- d) “Ninguna de las anteriores”

4. “¿Qué persona debe ser la que aplique la Lista de Verificación de Cirugía Segura?”

- a) “Enfermero (a)”
- b) “Anestesiólogo (a)”
- c) “Cirujano (a)”
- d) “Cualquiera puede realizarlo”

5. “Dentro de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, señale verdadero o falso”.

- “Es obligatorio que los miembros del equipo se presenten por su nombre y función”.

Verdadero () Falso ()

- “Es opcional la demarcación del sitio donde se realizará la incisión”.

Verdadero () Falso ()

- “Si el equipo de anestesia no cuenta con el pulsioxímetro el procedimiento puede continuar con las demás constantes vitales”.

Verdadero () Falso ()

6. “Dentro de la Lista de Verificación de Cirugía Segura consta la profilaxis antibiótica y lo ideal debería ser”:

- a) “24 horas antes de la incisión”.
- b) “60 minutos antes de la incisión”.
- c) “30 minutos antes de la incisión”.
- d) “No importa en el momento de administración”.

7. “Dentro de la Lista de Verificación de Cirugía Segura consta”:

- a) “El enfermero (a) circulante confirma en voz alta el correcto etiquetado con nombre del paciente de toda muestra anatomopatológica obtenida en la intervención quirúrgica”.
- b) “La rotulación incorrecta de la muestra anatomopatológica no afecta al paciente ya que estas son enviadas al laboratorio para confirmación”.
- c) “Las muestras anatomopatológicas no son parte de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía”.
- d) “Las muestras anatomopatológicas son de interés únicamente del cirujano”.

(a) Moreta Sanafria, Carolina, D. Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo en marzo del año 2015 mediante una encuesta directa. [Tesis de Postgrado de Anestesiología y Reanimación]. Quito: Universidad Central de Ecuador; 2015.

ACTITUD.^(b)

LVCS: “Lista de Verificación de Cirugía Segura”

TA: “Totalmente de acuerdo”; A: “De acuerdo”; I: “Indiferente”;

D: “En desacuerdo”; TD: “Totalmente desacuerdo”

	TA	A	I	D	TD
1. “¿Cree que la LVCS es una herramienta factible y eficiente para mejorar la seguridad del paciente en el área quirúrgica?”					
2. “¿Considera que ha existido una iniciativa global que implique a todos los profesionales participantes en la aplicación de la LVCS?”					
3. “¿Piensa que se ha conseguido una masa crítica de profesionales convencidos de las ventajas de la LVCS previa a su implantación?”					
4. “¿Cree que se ha utilizado un plan riguroso para la implementación de la LVCS de forma óptima y segura?”					
5. “Considera que existe compromiso respecto a la LVCS por parte de todos los miembros involucrados en el procedimiento quirúrgico?”					
6. “¿Piensa que la LVCS fomenta la comunicación y el trabajo en equipo entre diferentes disciplinas quirúrgicas?”					
7. “¿Cree que habría mayor conciencia sobre los beneficios de la LVCS si hubiese recibido información sobre los resultados/mejoras posteriores a su implementación?”					
8. “¿Le gustaría que le aplicasen la LVCS en el caso de que le fueran intervenir?”					
9. ¿Piensa que la aplicación de la LVCS altera/perjudica el ritmo de trabajo en el quirófano dado al número de ítemes que contiene?”					

(b) Valentín Trejo Eva. Evaluación de la aplicación del listado de verificación quirúrgica como estrategia de mejora en la cultura de seguridad. [Tesis para Máster]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2015

APLICACIÓN PRÁCTICA (b).

LVCS: "Lista de Verificación de Cirugía Segura".

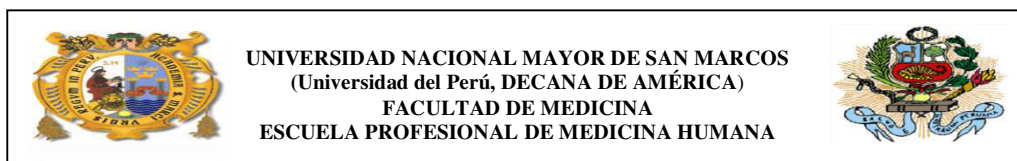
	SÍ	NO
1. "¿Están todos los miembros del equipo quirúrgico presentes antes de iniciar la LVCS?"		
2. "¿Se realiza la pausa quirúrgica justo antes de realizar la incisión cutánea?"		
3. "¿Se presentan los distintos miembros del equipo quirúrgico por su nombre y su función?"		
4. "¿Todos los ítems de la LVCS se verifican verbalmente?"		
5. "¿Se cumple la LVCS a tiempo real conforme se realiza la verificación?"		
6. "¿Se anuncian en voz alta la diferentes fases (entrada, pausa quirúrgica y salida) antes de continuar con el procedimiento?"		
7. "¿Se administra la profilaxis antibiótica 60 minutos antes de la incisión quirúrgica?"		
8. "¿Se entienden todos y cada uno de los elementos de la LVCS como una acción concreta e inequívoca?"		
9. "¿Existen ítems que no se verifican por no considerarse "relevantes" dentro del proceso?"		
10. "Si alguno de los ítems evaluados no se cumple, ¿se suspende el proceso quirúrgico?"		

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

BUEN DÍA

(b) Valentín Trejo Eva. Evaluación de la aplicación del listado de verificación quirúrgica como estrategia de mejora en la cultura de seguridad. [Tesis para Máster]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2015

Anexo B. Ficha de calificación



VALIDEZ DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

JUICIO DE EXPERTO

TESIS:

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN LOS MÉDICOS DE LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA GENERAL Y GINECO-OBSTETRICIA EN UN HOSPITAL GENERAL DE LIMA, PERÚ 2018.”

INVESTIGADOR:

Correa Sánchez, Art Wilson

INDICACIÓN: “Señor(a) especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems del cuestionario de encuesta que le mostramos, marque con un aspa (x) el casillero que crea conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior

NOTA:

Para cada ítem se considera la escala del 1 al 5 donde:

1. “Muy poco aceptable”	2. “Poco aceptable”	3. “Regular”	4. “Aceptable”	5. “Muy aceptable”
-------------------------	---------------------	--------------	----------------	--------------------

	PUNTAJE					OBSERVACIÓN
	1	2	3	4	5	
Ítem 1						
Ítem 2						
Ítem 3						
Ítem 4						
Ítem 5						
Ítem 6						
Ítem 7						

Datos:

Nombres y apellidos:

Especialidad/Grado académico:

D.N.I.:

Firma del experto:

Anexo C. Matriz de validez.

TABLA. MATRIZ DE VALIDEZ POR “JUICIO DE EXPERTOS”

ÍTEM		JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	JUEZ 4	MEDIA	IVC
CONOCIMIENTO	1	2	5	5	3	3.75	0
	2	2	5	4	4	3.75	0.5
	3	4	3	4	2	3.25	0
	4	5	5	4	4	4.5	1
	5	5	5	4	1	3.75	0.5
	6	4	5	5	4	4.5	1
	7	5	1	4	1	2.75	0
ACTITUD	1	5	5	5	5	5	1
	2	2	5	5	2	3.5	0
	3	3	5	4	5	4.25	0.5
	4	3	5	4	4	4	0.5
	5	4	5	4	5	4.5	1
	6	4	5	5	5	4.75	1
	7	3	5	4	5	4.25	0.5
	8	4	5	5	5	4.75	1
	9	5	5	4	4	4.5	1
APLICACIÓN PRÁCTICA	1	5	4	5	4	4.5	1
	2	4	4	5	4	4.25	1
	3	4	4	5	5	4.5	1
	4	5	4	5	5	4.75	1
	5	3	3	3	5	3.5	-0.5
	6	4	4	4	5	4.25	1
	7	2	3	5	5	3.75	0
	8	3	4	5	5	4.25	0.5
	9	3	4	4	5	4	0.5
	10	4	4	4	5	4.25	1

Se considera:

- 1: “Muy poco aceptable”
- 2: “Poco aceptable”
- 3: “Regular”
- 4: “Aceptable”
- 5: “Muy aceptable”

Anexo D. Instrumento validado.

INSTRUMENTO.

AUTOR: Correa Sánchez, Art Wilson

DOCENTE ASESOR: Dr. Julio César Medina Verástegui

TITULO DE TESIS:

“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN LOS MÉDICOS DE LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA GENERAL Y GINECO-OBSTETRICIA EN UN HOSPITAL GENERAL DE LIMA, PERÚ 2018.”

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el conocimiento, actitud y aplicación práctica de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura en los médicos de los servicios de Cirugía y Gineco-obstetricia en un Hospital General de Lima en el 2018.

LUEGO DE HABER REVISADO LOS OBJETIVOS DE ESTE ESTUDIO, DOY EL “CONSENTIMIENTO VERBAL” QUE SE UTILICE LA INFORMACIÓN DADO POR MI PERSONA PARA TAL FIN. RECUERDE ESTA ENCUESTA ES “ANÓNIMA”.

DATOS GENERALES.

Profesión de salud:

- a) Médico Gineco-obstetra
- b) Médico Cirujano General

CONOCIMIENTO. ^(a)

Por cada pregunta solo elija una respuesta.

1. “¿A qué se refiere la Lista de Verificación de Cirugía Segura?”

- a) “Es una lista que toma en cuenta los antecedentes quirúrgicos y personales del paciente y pone énfasis en el ayuno.”
- b) “Es un instrumento sencillo, práctico, de bajo costo y de alto impacto a nivel social que contiene los estándares mínimos universales del cuidado quirúrgico.”
- c) “Es una escala para medir el cumplimiento de las normas de bioseguridad y manejo de desechos en el quirófano.”

2. “¿Cuál es el objetivo de la Lista de Verificación de Cirugía Segura?”

- a) “Disminuir la morbimortalidad asociada al acto quirúrgico anestésico.”
- b) “Aumentar la tasa de productividad del quirófano.”
- c) “Disminuir el número de infecciones en el sitio quirúrgico.”
- d) “Mejorar la relación médico paciente.”

3. “¿Cuáles son las fases de la Lista de Verificación de Cirugía Segura?”

- a) “Entrada y Salida”
- b) “Pausa quirúrgica”
- c) “a y b”
- d) “Ninguna de las anteriores”

4. “¿Qué persona debe ser la que aplique Lista de Verificación de Cirugía Segura?”

- a) “Enfermero (a).”
- b) “Anestesiólogo (a).”
- c) “Cirujano (a).”
- d) “Cualquiera de los mencionados anteriormente puede realizarlo.”

5. “En relación a los pasos de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, señale verdadero o falso.”

- “Es obligatorio que los miembros del equipo se presenten por su nombre y función.”

Verdadero () Falso ()

- “No es obligatoria la demarcación del sitio donde se realizará la incisión.”

Verdadero () Falso ()

- “El enfermero (a) circulante confirma en voz alta el correcto etiquetado con nombre del paciente de toda muestra anatomopatológica obtenida en la intervención quirúrgica.”

Verdadero () Falso ()

(a) Moreta Sanafria, Carolina, D. Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo en marzo del año 2015 mediante una encuesta directa. [Tesis de Postgrado de Anestesiología y Reanimación]. Quito: Universidad Central de Ecuador; 2015.

ACTITUD. ^(b)

LVCS: “Lista de Verificación de Cirugía Segura”

PREGUNTAS	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. “¿Cree que la LVCS es una herramienta factible y eficiente para mejorar la seguridad del paciente en el área quirúrgica?”					
2. “¿Debe existir compromiso respecto a la LVCS por parte de todos los miembros involucrados en el procedimiento quirúrgico?”					
3. “¿Piensa que la LVCS fomenta la comunicación y el trabajo en equipo entre las diferentes disciplinas quirúrgicas?”					
4. “¿Le gustaría que le aplicasen la LVCS en el caso le fueran intervenir quirúrgicamente a usted?”					
5. “¿Piensa que la aplicación de la LVCS altera/perjudica el ritmo de trabajo en el quirófano dado al número de ítems que contiene?”					

(b) Valentín Trejo Eva. Evaluación de la aplicación del listado de verificación quirúrgica como estrategia de mejora en la cultura de seguridad. [Tesis para Máster]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2015.

APLICACIÓN PRÁCTICA. ^(b)

LVCS: “Lista de Verificación de Cirugía Segura”

PREGUNTAS	SÍ	NO
1. “¿Están todos los miembros del equipo quirúrgico presentes antes de iniciar la LVCS?”		
2. “¿Se realiza la pausa quirúrgica justo antes de realizar la incisión cutánea?”		
3. “¿Se presentan los distintos miembros del equipo quirúrgico por su nombre y su función?”		
4. “¿Todos los ítems de la LVCS se verifican verbalmente?”		
5. “¿Se enuncian en voz alta las diferentes fases ("Entrada, Pausa quirúrgica y salida") antes de continuar el procedimiento?”		
6. “Si alguno de los ítems evaluados en la LVCS no se cumple, ¿se suspende el proceso quirúrgico?”		

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

BUEN DÍA

(b) Valentín Trejo Eva. Evaluación de la aplicación del listado de verificación quirúrgica como estrategia de mejora en la cultura de seguridad. [Tesis para Máster]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2015

Anexo E. Matriz de confiabilidad.

- Para "Conocimiento".

SUJETO	CONOCIMIENTO					TOTAL
	ÍTEM					
	1	2	3	4	5	
1	1	1	1	0	0	3
2	0	0	0	0	0	0
3	1	1	1	0	0	3
4	0	1	0	0	1	2
5	1	1	1	1	1	5
6	1	1	1	0	1	4
7	1	1	0	1	0	3

Prueba de "Kuder Richardson (K-R)":

$$\text{"K-R"} = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum pq}{\sigma^2}\right)$$

k: "Número de ítems"

p: "Proporción de personas que responde correctamente cada ítem"

q: "Proporción de personas que responde incorrectamente cada ítem"

δ^2 : "Varianza total del instrumento"

En este caso:

$$k = 5$$

$$\sum pq = 1.0204082$$

$$\delta^2 = 2.4761905$$

Reemplazando en la fórmula:

$$\text{"K-R"} = 0.73489$$

- Para "Actitud":

SUJETO	ACTITUD					TOTAL
	ÍTEM					
	1	2	3	4	5	
1	4	4	4	4	3	19
2	4	4	4	3	3	18
3	5	5	5	4	4	23
4	5	5	5	5	5	25
5	5	4	5	4	5	23
6	5	5	5	5	5	25
7	4	4	4	4	4	20

Prueba "Alfa de Cronbach (α)":

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

K: "Número de ítems"

S_i^2 : "Suma de las variancias individuales de los ítemes"

S_T^2 : "Variancia de la suma total de los puntajes"

En este caso:

$$K = 5$$

$$\sum S_i^2 = 2.14285714$$

$$S_T^2 = 8.14285714$$

Reemplazando en la fórmula:

$$" \alpha " = 0.92105263$$

- Para “Aplicación práctica”:

SUJETO	APLICACIÓN PRÁCTICA						TOTAL
	ÍTEM						
	1	2	3	4	5	6	
1	1	1	0	0	1	0	3
2	1	1	1	1	1	1	6
3	1	1	1	0	1	0	4
4	1	1	1	1	1	1	6
5	1	0	1	1	1	1	5
6	1	1	1	1	1	1	6
7	0	0	0	0	0	0	0

Prueba de “Kuder Richardson (K-R)”:

$$\text{“K-R”} = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum pq}{\sigma^2}\right)$$

k: “Número de ítems”

p: “Proporción de personas que responde correctamente cada ítem”

q: “Proporción de personas que responde incorrectamente cada ítem”

δ^2 : “Varianza total del instrumento”

En este caso:

$$k = 6$$


$$\sum pq = 1.1428571$$

$$\delta^2 = 4.9047619$$

Reemplazando en la fórmula:

$$\text{“K-R”} = 0.9203883$$

Anexo F. Constancia del “Comité Institucional de Ética en Investigación” del Hospital María Auxiliadora.

	Perú	Ministerio de Salud	Hospital María Auxiliadora	Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación (OADI)	Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres "Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"
---	------	---------------------	----------------------------	---	--

CONSTANCIA

El que suscribe, el **Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación** del Hospital María Auxiliadora, **CERTIFICA** que el **PROYECTO DE TESIS**, Versión del **27 de febrero del presente**; Titulado: **"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA EN LOS PROFESIONALES MÉDICOS DE LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA GENERAL Y GINECO-OBSTETRICIA EN UN HOSPITAL GENERAL DE LIMA, PERÚ 2018."**; con Código Único de Inscripción: **HMA/CIEI/026/18**, presentado por el Investigador: **Bach. Art Wilson CORREA SÁNCHEZ**; ha sido **REVISADO**.

Asimismo, concluyéndose con la **APROBACIÓN** expedida por el **Comité Institucional de Ética en Investigación**. No habiéndose encontrado objeciones de acuerdo con los estándares propuestos por el Hospital María Auxiliadora.

Esta aprobación tendrá **VIGENCIA** hasta el **27 de febrero del 2019**. Los trámites para su renovación deben iniciarse por lo menos a 30 días hábiles previos a su fecha de vencimiento.

San Juan de Miraflores, 27 de Febrero de 2018.

Atentamente.



JPC/mags.
c.c. Investigador.
c.c. Archivo.

1 de 1

www.hma.gob.pe

DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
Av. Miguel Iglesias N° 968
Telf. (511) (01) 2171818 - 3112
Fax.: (511) (01) 2171828

Anexo G. Matriz de tabulación.

- **Variable:** “Conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura”

CIRUGÍA GENERAL						
MÉDICO	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	TOTAL
1	1	1	1	0	0	3
2	1	1	1	0	0	3
3	1	1	0	1	1	4
4	1	1	1	1	0	4
5	0	1	1	0	0	2
6	1	1	1	0	0	3
7	1	1	0	0	0	2
8	1	1	1	1	1	5
9	1	1	1	1	1	5
10	1	1	0	1	1	4
11	1	0	0	1	1	3
12	1	1	1	1	1	5

GINECO-OBSTRETICIA						
MÉDICO	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	TOTAL
1	0	1	1	0	1	3
2	1	1	0	0	0	2
3	1	1	0	0	0	2
4	1	1	1	1	1	5
5	1	1	1	1	1	5
6	1	0	1	1	1	4
7	1	0	1	1	1	4
8	1	1	1	0	0	3
9	0	1	1	1	0	3
10	1	1	1	0	1	4
11	1	1	1	1	1	5
12	0	1	1	1	0	3
13	1	1	1	1	1	5
14	1	1	1	1	1	5
15	0	1	1	1	1	4
16	1	1	0	1	1	4
17	1	1	1	0	1	4
18	1	1	1	1	0	4
19	0	1	1	1	0	3
20	1	1	1	1	0	4
21	1	1	1	1	0	4
22	1	1	1	1	1	5

- Variable: "Actitud sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura"

CIRUGÍA GENERAL						
MÉDICO	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	TOTAL
1	4	5	5	5	4	23
2	5	5	4	5	5	24
3	5	5	5	5	5	25
4	5	5	5	5	5	25
5	5	5	5	5	5	25
6	5	5	5	5	4	24
7	5	5	5	5	5	25
8	5	5	5	5	4	24
9	4	4	5	5	4	22
10	5	5	5	5	5	25
11	4	5	5	5	5	24
12	5	5	5	5	5	25

GINECO-OBSTETRICIA						
MÉDICO	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	TOTAL
1	5	5	4	5	5	24
2	5	4	4	5	5	23
3	5	4	4	5	3	21
4	4	5	4	4	4	21
5	5	5	5	5	5	25
6	5	5	4	4	5	23
7	5	5	5	5	5	25
8	5	4	4	4	5	22
9	5	5	3	5	5	23
10	5	5	5	5	5	25
11	4	4	4	4	5	21
12	4	4	5	5	5	23
13	5	5	5	5	5	25
14	5	4	5	5	5	24
15	5	4	4	4	4	21
16	5	5	4	5	4	23
17	5	5	5	4	5	24
18	5	4	5	4	5	23
19	5	4	5	4	5	23
20	4	5	5	5	4	23
21	5	5	5	5	5	25
22	5	5	5	5	5	25

- Variable: “Aplicación práctica sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura”

CIRUGÍA GENERAL							TOTAL
MÉDICO	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	
1	1	1	1	0	0	0	3
2	1	0	0	0	0	1	2
3	1	1	1	1	1	1	6
4	0	1	0	0	0	1	2
5	1	0	1	1	1	1	5
6	1	0	0	0	0	0	1
7	1	0	1	0	0	1	3
8	1	1	1	1	1	1	6
9	1	1	1	0	1	0	4
10	1	1	1	1	1	0	5
11	1	0	0	1	1	1	4
12	1	1	1	1	1	1	6

GINECO-OBSTETRICIA							TOTAL
MÉDICO	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	
1	0	1	1	1	1	0	4
2	1	0	1	1	1	1	5
3	1	1	0	0	0	0	2
4	1	1	0	0	0	0	2
5	1	1	1	1	0	1	5
6	1	1	1	1	1	1	6
7	1	1	1	0	1	1	5
8	1	1	1	1	1	0	5
9	1	1	1	1	1	0	5
10	1	1	1	1	1	1	6
11	1	0	0	1	1	1	4
12	1	0	1	1	0	1	4
13	1	0	1	1	1	1	5
14	1	1	1	1	1	0	5
15	1	1	1	1	0	0	4
16	1	1	1	0	1	1	5
17	1	1	1	1	0	1	5
18	1	0	1	1	1	1	5
19	1	1	1	0	1	0	4
20	1	0	1	1	1	1	5
21	1	1	1	1	1	1	6
22	1	1	0	1	1	1	5