

**Universidad Nacional De Rosario, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de
Enfermería**

**Nivel de información acerca del Listado de Verificación Quirúrgica
(LVQ) y su aplicación según la categoría profesional del equipo en una
institución privada**

Autora: Enf. Natalia Maciel

Docentes asesores: Prof. Lic. Simón Acosta

Prof. Lic. Celeste Ramírez

Directora: Lic. Jesica Villoldo

Rosario, 14 febrero de 2024

Resumen

El Listado de verificación Quirúrgico (LVQ) se ha convertido en una herramienta de control y seguridad en los diversos procesos quirúrgicos.

La presente investigación, trata sobre el nivel de información acerca del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ) y su aplicación según la categoría profesional del equipo quirúrgico en un hospital privado de la ciudad de Rosario durante el primer bimestre del año 2024. El objetivo principal es determinar la relación existente entre ambas variables de estudio. El sitio y contexto de la investigación corresponde al área quirúrgica de un hospital privado, ubicado en la zona céntrica de la Ciudad de Rosario.

En cuanto al tipo de estudio se aborda un enfoque cuantitativo, descriptiva, de tipo observacional, longitudinal, prospectivo.

Como instrumentos de recolección de datos se utiliza un cuestionario, además del Checklist. Respecto a la población de estudio, estará conformada aproximadamente por un total de 60 participantes; los mismos conforman el equipo quirúrgico de un hospital privado de Rosario. En el plan de análisis los datos serán organizados y se utilizará la estadística descriptiva mediante las pruebas estadísticas como las medidas de tendencia central, moda, mediana promedio, distribución de frecuencia, lo cual será representado en gráficos de barras y gráficos circulares, específicamente las respuestas recopiladas a través del cuestionario utilizando la escala de medición dicotómicas.

Palabras claves: Nivel de información, Listado de verificación quirúrgica, aplicación del LVQ, categoría profesional.

Agradecimientos

Realizar este trabajo ha requerido mis máximos esfuerzos y lo he percibido como muy enriquecedor en todo el proceso de ejecución. Esta entrega significa mucho para mí, y es por eso que quiero agradecer a todos los que me acompañaron y apoyaron para hacerlo posible.

Comienzo destacando la compañía incondicional de mi familia y amigos, especialmente a mi madre, que me contuvo cuando las dificultades aparecían y necesitaba una palabra de aliento para seguir.

Quiero dejar un agradecimiento muy sentido a mis tutores, Prof. Lic. Simón Acosta y Prof. Lic. Celeste Ramírez, quienes, con sus recomendaciones, observaciones y correcciones, han contribuido en el resultado final de este trabajo de investigación.

En especial, mi máxima gratitud a la directora de esta labor, Lic. Jesica Villoldo, por su paciencia, comprensión, compromiso y apoyo en estos meses de desarrollo y aprendizaje.

Índice General

Resumen	2
Agradecimientos	3
Introducción	5
Hipótesis	23
Marco Teórico	25
Materiales y Métodos	61
Tipo de estudio	61
Sitio y Contexto de la investigación	62
Descripción del sitio	64
Población y muestra	65
Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	66
Resultados de la prueba piloto	69
Procedimientos de recolección de datos	70
Consideraciones Éticas	71
Plan de Análisis	73
Cronograma de actividades y plan de trabajo	78
Referencias bibliográficas	1
Anexos I: Aval Institucional	10
Anexo II: Operacionalización; Instrumento de recolección de datos y consentimiento informado	11

Introducción

La utilización del Listado de verificación Quirúrgico (LVQ) se ha convertido en una herramienta crítica para asegurar la seguridad y la excelencia en los procesos quirúrgicos.

Un procedimiento quirúrgico es una intervención médica fundamental que aborda una amplia gama de problemas de salud mediante procedimientos quirúrgicos. Estos son realizados por cirujanos altamente calificados en diversas instalaciones médicas, que incluyen hospitales, clínicas y centros quirúrgicos. Antes de cualquier procedimiento quirúrgico, es imperativo que los profesionales de la salud estén completamente informados sobre la aplicación del LVQ. Esta lista de verificación ha sido concebida para prevenir errores, mejorar la comunicación entre los integrantes del equipo quirúrgico y garantizar que todos los pasos esenciales sean seguidos adecuadamente durante el acto quirúrgico. (Hernández Barraza, 2022, p. 15)

De acuerdo a la información proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), anualmente, se registran complicaciones en cerca del 25 % de los pacientes que se someten a procedimientos quirúrgicos poco seguros. Entre estos pacientes, alrededor de 7 millones enfrentan complicaciones de considerable gravedad, y un millón de ellos pierden la vida durante o inmediatamente después de la cirugía. El informe anual de la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones Sanitarias en Estados Unidos revela que se examinaron 3.548 eventos centinelas, de los cuales el 12.80 % ocurrieron en el lugar equivocado, el 12.50 % presentaron complicaciones posteriores a la cirugía y el 1.60 % estuvieron relacionados con problemas anestésicos. Además, el estudio Iberoamericano de eventos adversos (IBEAS), que se realizó en 5 países de América Latina (Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú), indica que la tasa de eventos adversos fue del 10,50 %. Entre los cinco más comunes, se destacan las complicaciones vinculadas a intervenciones quirúrgicas o procedimientos, y el 55 % de estos eventos adversos

podría haberse prevenido. Estos datos subrayan la necesidad de mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos con el fin de reducir estas cifras alarmantes. En respuesta a estos desafíos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió la Resolución WHA55.18, que dio lugar a la creación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS) como parte del programa “La cirugía segura salva vidas”. El propósito principal de esta lista es asegurar la seguridad de los procedimientos quirúrgicos al reducir al mínimo los riesgos más comunes y prevenibles que pueden poner en peligro la vida y el bienestar de los pacientes sometidos a cirugías. La Organización Mundial de la Salud (OMS) también sugiere la designación de un “Coordinador de la Lista” durante el procedimiento quirúrgico, que debe ser un enfermero circulante u otro miembro del equipo quirúrgico capacitado para supervisar su implementación. En este contexto, la OMS realizó un estudio piloto en varios hospitales de ocho países, y los resultados indicaron que la aplicación de la LVCS redujo en un tercio la incidencia de fallecimientos y complicaciones posteriores a la cirugía. Estos avances enfatizan la importancia de incorporar esta lista en la práctica quirúrgica con el fin de aumentar la seguridad del paciente. (Palomino et al. 2020, p. 37)

El LVQ, que abarca desde el ingreso del paciente al quirófano hasta su salida, tiene como objetivo evitar errores y mejorar la atención al paciente en todas las fases de la cirugía. En el proceso de coordinación de los controles de seguridad del LVQ, una sola persona, generalmente la enfermera/o circulante, se encarga de supervisar y coordinar estos controles durante todo el procedimiento quirúrgico, desde el momento en que el paciente entra al quirófano hasta que sale de él. La elección de la persona responsable de esta tarea y las preguntas específicas del listado deben ser determinadas de manera conjunta en cada institución, considerando sus características particulares. Este proceso de coordinación se desglosa en tres etapas: antes de la administración

de la anestesia, antes de la incisión en la piel y antes de que el paciente salga del quirófano. (San Mateo, et al. 2023, p.18)

En cada una de estas fases, previo a proceder, la persona a cargo verifica que todo el equipo haya completado sus respectivas tareas. Cada acción se verifica verbalmente por el miembro correspondiente y luego se documenta mediante firmas, asegurando que se hayan ejecutado las acciones clave. Cualquier contratiempo o excepción se registra en la Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS) bajo la supervisión de la coordinadora. Para lograr una implementación exitosa de la LVCS, es esencial que los profesionales a cargo de la cirugía, la anestesiología y el personal de enfermería respalden de manera pública la noción de que la seguridad es una prioridad en la atención quirúrgica y que la utilización de esta lista puede contribuir a mejorar dicha seguridad. (Russo, 2021, p.5)

En el ámbito de la práctica quirúrgica, la seguridad del paciente ha sido una preocupación global durante un período que se extiende por más de 15 años. Esto se evidencia por la creación de la “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente” en 2004, una iniciativa establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este proyecto representa el compromiso de abordar el desafío de la seguridad del paciente en todo el mundo. Desde entonces, cada dos años, esta iniciativa ha presentado una serie de desafíos globales relacionados con la seguridad del paciente, con el fin de promover la acción a nivel internacional y mantener el impulso en diversas áreas de riesgo en lo que respecta a la seguridad del paciente. En base a este acuerdo, se ha desarrollado una lista diseñada para asegurar la seguridad en cirugías. Esta lista, recomendada por la OMS como un estándar para prácticas exitosas, ha sido ampliamente aceptada en todo el mundo por el personal quirúrgico, que incluye a cirujanos y anestesiólogos. El objetivo principal de esta lista es asegurar la administración segura de la anestesia, proporcionar una protección efectiva contra el riesgo de

infecciones, fomentar una colaboración eficaz en equipo entre el personal de quirófano y promover la implementación de otras prácticas fundamentales durante el transcurso de la operación. (Torres, et al., 2020, p.12)

De acuerdo con la perspectiva presentada por Chávez, Alarcón y Carrasco (2020), la seguridad y la excelencia en los procedimientos quirúrgicos son cuestiones críticas en la atención médica contemporánea. La gestión de riesgos y la prevención de errores se han convertido en prioridades de suma importancia en el campo de la salud, especialmente en entornos quirúrgicos. En esta línea, la implementación del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ) ha surgido como una herramienta esencial para garantizar la seguridad del paciente y la eficacia de los procedimientos quirúrgicos. (p. 23)

Para lograr su implementación exitosa, es esencial que los líderes en cirugía, anestesiología y el personal de enfermería brinden un respaldo público. Deben destacar que la seguridad se considera una máxima prioridad y que el uso de esta lista de verificación puede tener un impacto significativo en la seguridad de la atención quirúrgica. Es crucial que todos los integrantes del equipo quirúrgico estén completamente comprometidos en la idea de que la seguridad del paciente es un objetivo esencial durante los procedimientos quirúrgicos. (Fojo, et al, 2021, p. 9).

La implementación de esta herramienta no se limita a un simple cambio técnico; conlleva un cambio cultural u organizativo. En ocasiones, el uso del LVQ puede ser visto como una iniciativa impuesta desde la alta dirección en lugar de considerarse algo novedoso y atractivo que puede aportar beneficios. Es importante señalar que la aceptación del LVQ variará entre los profesionales de la salud. Algunos lo adoptarán rápidamente, mientras que otros pueden mostrar resistencia. La reluctancia a utilizarlo puede estar relacionada con la preocupación de que la práctica médica se convierta en un mero trámite burocrático en lugar de mantener su esencia como

un arte. En este contexto, la responsabilidad individual de cada miembro del equipo durante la LV es de gran importancia. Con frecuencia, muchos profesionales no comprenden plenamente la importancia del LVQ en cuanto a la promoción de la seguridad del paciente mediante la comunicación y el trabajo en equipo. En su lugar, pueden percibirlo como un mero ejercicio de llenado de casillas. Esto puede llevar a que los profesionales no presten atención a todos los elementos, se centren únicamente en partes de ellos o que algún miembro del equipo no esté presente durante la verificación. Superar estas barreras y fomentar la apreciación de su valor en la mejora de la seguridad del paciente son pasos fundamentales para lograr una implementación efectiva del LVQ. La estructura jerárquica en el personal puede representar un desafío importante para la introducción del LVQ. Es factible que algunos miembros del equipo médico no se muestren a gusto con el liderazgo ejercido por las enfermeras, quienes normalmente son las encargadas de llevar a cabo el LV. Para superar esta barrera, resulta beneficioso impulsar una dinámica de equipo a través de una capacitación previa. (Concha-Torre, et al. 2020, p.17)

Como lo menciona Mayorga-Ponce et al. (2019), a nivel global, aproximadamente el 25% de los pacientes que se someten a procedimientos quirúrgicos experimentan complicaciones después de la operación; entre un 2% y un 5% desarrollan infecciones en la zona intervenida, y la mitad de estas están relacionadas con intervenciones quirúrgicas. Ante esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en colaboración con el Departamento de Seguridad del Paciente, ha creado el programa “La Cirugía Segura Salva Vidas”, con el objetivo de reducir las tasas de mortalidad quirúrgica a nivel global. Este programa tiene como propósito abordar cuestiones de seguridad críticas, tales como prácticas inapropiadas dentro del quirófano, infecciones evitables relacionadas con cirugías y deficiencias en la comunicación entre los integrantes del equipo quirúrgico. Estudios han demostrado que estas problemáticas son recurrentes y conllevan riesgos

mortales, los cuales podrían prevenirse en todos los países y contextos. En los servicios de salud, la seguridad del paciente sometido a cirugía es un elemento esencial que debe ser implementado con eficacia y calidad. (p.1)

En ocasiones, el personal puede considerar que el uso de la LV interrumpe innecesariamente su rutina laboral. Esto puede dar lugar a preocupaciones sobre posibles demoras, una carga de trabajo adicional o la repetición de controles de seguridad. Además, se plantea si existe suficiente evidencia que respalde su utilidad. Las listas de verificación que son muy detalladas o están mal redactadas pueden alimentar esta percepción y dificultar su cumplimiento. Es importante mencionar que se ha comprobado que la LV no influye significativamente en la hora de inicio del procedimiento quirúrgico. No obstante, es crucial destacar la importancia de este retraso en la prevención de errores que podrían haberse evitado. El personal que se muestra en contra de las LVQ argumenta que el protocolo de la LV puede generar ansiedad o inquietud en un paciente despierto, especialmente si durante su cumplimiento se detectan deficiencias o fallos. Estos problemas pueden prevenirse mediante una explicación al paciente sobre la importancia de llevar a cabo la LV antes del procedimiento como una medida para prevenir errores. El cierre de la LV representa la principal barrera en su implementación, y esto se debe a las discrepancias en los tiempos de espera entre los profesionales. En ocasiones, el cirujano o el clínico pueden concluir su tarea antes de que el personal de enfermería esté disponible, y este momento es crítico para el anesestesiólogo. Como resultado, los elementos relacionados con la recuperación y el manejo del paciente después del procedimiento a menudo no se discuten en equipo como deberían. Esta falta de comunicación puede plantear un desafío para la seguridad del paciente. (Concha-Torre, et al. 2020, p. 13)

Este estudio busca explorar en detalle su uso e implementación, analizando cómo varía su aplicación según la categoría profesional del equipo quirúrgico en un contexto hospitalario específico, durante un período determinado

Los antecedentes presentados a continuación ofrecen una visión panorámica de la investigación realizada en relación con el LVQ, y forman una base sólida para este estudio; en primer lugar, subrayan la importancia crítica de la LVQ en la seguridad de los pacientes durante las intervenciones quirúrgicas. Demuestran que su correcta aplicación puede prevenir errores y reducir los riesgos de eventos adversos, enfatizando la relevancia de evaluar cómo la categoría profesional de los profesionales de la salud puede influir en su conocimiento y uso de la LVQ.

Además, exploran las percepciones y actitudes hacia la LVQ en diferentes categorías profesionales, revelando que estas pueden variar significativamente. Esto puede influir en la forma en que diferentes grupos de profesionales aplican la LVQ en su práctica diaria.

Por otro lado, los estudios también proponen oportunidades de mejora en la aplicación de la LVQ. Estas sugerencias ofrecen valiosas ideas para desarrollar intervenciones específicas destinadas a mejorar la comprensión y adhesión a la LVQ, especialmente en categorías profesionales donde se identifiquen deficiencias.

Alves Santos, Domínguez y Appoloni (2019), en su investigación titulada como “Lista de verificación de seguridad quirúrgica: conocimientos y desafíos para el equipo del centro quirúrgico”, plantean como objetivo evaluar el conocimiento de los profesionales de la salud sobre la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica, así como identificar los desafíos y estrategias para su implementación. Para ello utilizan una metodología con un enfoque cuantitativo, transversal, descriptivo. La población de interés estuvo conformada por profesionales de la salud que laboran en dicho hospital, incluyendo técnicos de enfermería, enfermeras, médicos e

instructores. La muestra total consistió en 72 profesionales. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario diseñado para evaluar el conocimiento y las percepciones de los profesionales respecto al Protocolo de Cirugía Segura. Los datos recopilados fueron analizados mediante estadística descriptiva, permitiendo una visión general de las respuestas y actitudes de los participantes. Como resultado, la falta de adherencia del equipo fue el principal desafío que encontraron en la utilización de este protocolo. Por tal motivo concluyen los autores que los profesionales tienen un nivel de conocimiento sobre la Lista de Verificación y la reconocen como una herramienta que garantiza la calidad de la atención durante el período perioperatorio, pero el estudio identifica desafíos para la implementación efectiva de la Lista (p.2-9).

La trascendencia social e importancia de este estudio reside en su aporte al refuerzo de la implementación de la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica en un contexto hospitalario. Al examinar el nivel de conocimiento de los profesionales y los obstáculos que enfrentan en su aplicación, es viable concebir intervenciones específicas para mejorar la comprensión, el acatamiento y la eficacia de esta herramienta en el ámbito quirúrgico. Esto, a su vez, puede ejercer un impacto favorable en la calidad y seguridad de los procedimientos quirúrgicos y en la atención proporcionada a los pacientes.

Ramos, De Antón, Guidi, Delor, Lupica, Fraiz, Fidel, Arena y Arribillaga (2019), realizan una investigación titulada como “Implementación del listado de verificación preoperatorio de enfermería para cirugía segura”. El objetivo principal fue implementar la lista de verificación preoperatoria de enfermería para disminuir los errores en el ingreso de pacientes a quirófanos. En términos metodológicos, se empleó un enfoque cuantitativo, exploratorio y observacional, longitudinal prospectivo, así como un análisis retrospectivo de operaciones programadas consecutivas en el ámbito de la División Quirófanos, que forma parte del Departamento de Cirugía

del Hospital de Clínicas José de San Martín. El estudio se llevó a cabo con pacientes hospitalizados para cirugías programadas en los quirófanos principales del hospital. El muestreo incluyó un total de 355 pacientes, de los cuales 218 estaban programados para cirugías y 137 para procedimientos de urgencia. Para la recopilación de datos, se implementó una lista de verificación en la sala de internación, la cual fue completada por el personal de enfermería. El análisis se dividió en varias etapas. Inicialmente, se diseñó una planilla de control para el registro de la admisión de pacientes a quirófano como una fase exploratoria. Luego, se examinaron los registros de admisión de pacientes a quirófano en un estudio preliminar, seguido por una reunión con la División Quirófanos, el Departamento de Cirugía y la Dirección de Enfermería. Durante esta reunión, se compartieron los resultados del análisis de un mes y se convocó a enfermeros de sala y a la División de Infectología para llevar a cabo una discusión clínica general. El propósito de esta etapa fue explicar los resultados y colaborar en la creación conjunta de una lista de verificación preoperatoria de enfermería. Como resultado, se identificó que, durante el mes de mayo de 2018, se realizaron un total de 355 procedimientos quirúrgicos en los quirófanos principales. En ese período, se registraron 183 incidentes de error en un grupo de 158 cirugías programadas previamente. El error más común fue que 59 pacientes (equivalente al 32.2%) ingresaron al quirófano vistiendo ropa interior o de cama, seguido por la falta de gorros o cofias en 22 casos (12%), así como la presencia de prótesis dentales en 21 pacientes (11.5%). A pesar de la introducción de la lista de verificación preoperatoria realizada por el personal de enfermería en una segunda fase, los errores persistieron con una tasa de ocurrencia del 48%. En resumen, se destaca la necesidad de promover acciones específicas para que los equipos quirúrgicos adopten de manera sistemática las medidas de seguridad esenciales en el proceso quirúrgico, enfatizando la importancia de mantener la seguridad y el bienestar de los pacientes quirúrgicos sin poner en riesgo sus vidas (p.792-793).

La importancia y relevancia social de esta investigación se basan en su capacidad para identificar oportunidades de mejora en el proceso de admisión de pacientes al quirófano, así como en la implementación de medidas de seguridad. El estudio resalta la necesidad de establecer procedimientos estandarizados y promover la colaboración interdisciplinaria entre enfermeros, médicos y otros profesionales de la salud para garantizar una atención quirúrgica segura y efectiva. Los resultados obtenidos podrían tener un impacto en la implementación de políticas y prácticas que aseguren un entorno quirúrgico más seguro y confiable tanto para los pacientes como para el equipo médico.

También Ramos, de Antón, Delor, Fraiz, Arribalzaga y Sarotto (2020), también llevan a cabo una investigación sobre “COVID-19: nueva lista de verificación de cirugía segura”. Esta investigación fue realizada en el ámbito quirúrgico de un hospital universitario durante la pandemia de COVID-19, donde se abordó la problemática de la adaptación de la planta quirúrgica para la atención de pacientes sospechosos y positivos de COVID-19. El objetivo general de este estudio fue presentar nuevo listado de verificación de cirugía segura. Para llevar a cabo esta tarea, se realizó una minuciosa observación en la entrada al quirófano, siguiendo los protocolos habituales de asepsia, así como también durante el proceso de retirada de las prendas y el equipo quirúrgico utilizado al término de la operación. En lo que respecta a la metodología empleada, se siguió un enfoque cualitativo y descriptivo, lo que permitió la obtención de información detallada acerca de las prácticas y procedimientos implementados en el contexto de la pandemia. Los resultados indicaron que las modificaciones llevadas a cabo en el área quirúrgica posibilitaron la prestación de atención adecuada tanto para pacientes con sospecha de COVID-19 como para aquellos con diagnóstico confirmado. Estas adaptaciones incluyeron la introducción de un nuevo registro de verificación de seguridad en cirugía, lo que contribuyó a prevenir la transmisión de la

infección y reducir la probabilidad de errores durante los procedimientos quirúrgicos. En resumen, los autores subrayan la relevancia de ajustar la unidad quirúrgica a las demandas de la pandemia a fin de garantizar una atención segura tanto para los pacientes como para el personal quirúrgico (p. 721-722).

Este estudio, de acuerdo a sus hallazgos, contribuye a la comprensión de la aplicación efectiva de la LVQ y los factores que influyen en su implementación en circunstancias inusuales, como las que se vivieron durante la pandemia, todo para garantizar la seguridad de los pacientes y del equipo quirúrgico.

Russo Fojo et al., (2021) realizan un estudio titulado como “Evaluación del conocimiento de los profesionales sanitarios de quirófano sobre el listado de verificación quirúrgica en el área sanitaria de Ferrol”. El propósito fue examinar el nivel de conocimiento que tienen los profesionales de Enfermería, cirujanos y anestesiólogos que trabajan en el Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (CHUF) en relación con las pautas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente en lo que respecta a las directrices de seguridad para los pacientes sometidos a cirugía y los procedimientos relacionados con el LVQ. Se llevó a cabo un estudio descriptivo de tipo transversal con una muestra de 163 participantes, de los cuales 110 respondieron al cuestionario, y se estableció un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$. La recopilación de datos se realizó mediante un cuestionario estructurado específicamente diseñado para este estudio. Además, se proporcionó a los participantes un documento informativo y se obtuvo su consentimiento informado. Como resultado, se identificaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en los niveles de conocimiento en función de la especialidad quirúrgica de los profesionales. Se observó una asociación positiva en aquellos que pertenecían a la especialidad de anestesiología. Se identifica una correlación entre la especialidad

quirúrgica y el grado de conocimiento acerca de quién tiene la responsabilidad de formular preguntas y completar las casillas en el LVQ, y se puede afirmar que los profesionales de anestesiología tienen un nivel de conocimiento superior. Además, han observado que en el caso de las fases en las que se divide el LVQ, así como en los momentos en los que se completa o cuántas veces se verifica el procedimiento, los especialistas en anestesiología demuestran un mayor nivel de conocimiento ($p=0,047$). Los autores llegan a la conclusión de que la alta participación de enfermeras en el estudio refleja un compromiso con la cultura de seguridad del paciente en el entorno quirúrgico. Sin embargo, los resultados indican la necesidad de mejorar la formación, ya que solo el 10% de las enfermeras tenía conocimientos sobre el LVQ. Enfatizan también, en la relevancia de involucrar a todos los profesionales, incluyendo facultativos quirúrgicos, anestesiólogos y enfermeras, en el uso del LVQ como una herramienta esencial para garantizar la seguridad tanto de su trabajo como de los pacientes. El LVQ desempeña un papel crucial en la reducción de complicaciones y muertes evitables en el quirófano. Los datos recopilados en este estudio deberían orientar estrategias locales de mejora y programas de formación, aprovechando la disposición positiva del personal quirúrgico. A partir de los hallazgos de este artículo, proponen diversas acciones de mejora, como la creación de un LVQ específico para el CHUF o el SERGAS, la identificación de líderes del LVQ en cada centro o quirófano, la retroalimentación sobre incidentes que podrían haberse evitado con el LVQ y su relación con la morbilidad (p. 31-32).

Este estudio aporta evidencia empírica sobre las diferencias en el nivel de conocimiento del LVQ entre distintas especialidades quirúrgicas, destacando la asociación positiva en anestesiólogos. Los hallazgos demuestran una variabilidad significativa en el grado de familiaridad con los aspectos claves del LVQ, como la responsabilidad en la formulación de preguntas y el

llenado de casillas, y en el conocimiento de las fases y procedimientos del LVQ. La alta participación de enfermeras en el estudio sugiere un fuerte compromiso con la cultura de seguridad del paciente, pero también revela una necesidad de mejora en la formación sobre el LVQ.

Por otro lado, Contreras, Escalona, Zúñiga, y Peñalver (2022), llevan a cabo una investigación titulada como “Lista de verificación para la calidad del proceso quirúrgico. Cardiocentro Pediátrico William Soler”. En él, se abordó la problemática relacionada con la implementación del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ) en el contexto de los servicios de salud en el servicio de cirugía del Cardiocentro Pediátrico William Soler durante el período 2019-2022. El objetivo fue realizar un análisis descriptivo de los procesos claves en las cirugías cardíacas mediante la implementación del LVQ, evaluando su efecto en la seguridad de los pacientes sometidos a cirugía en el Cardiocentro. La metodología empleada se caracteriza por ser mixta, combinando elementos cuantitativos y un enfoque descriptivo. Se centró en un análisis documental como tipo de estudio. La población objeto de estudio comprendía a los pacientes programados para cirugías en el centro médico en cuestión. Aunque no se detalló el proceso de muestreo, se supone que se recurrió a las historias clínicas disponibles entre 2019 y 2022 para llevar a cabo el análisis. Los investigadores utilizaron el Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ) como herramienta para evaluar los procedimientos críticos en las cirugías cardíacas y su influencia en la seguridad de los pacientes. Se llevó a cabo un minucioso examen de las historias clínicas de los pacientes sometidos a cirugía en el periodo estudiado, con el propósito de evaluar el impacto de la implementación del LVQ en la optimización de los procedimientos y la disminución de eventos adversos evitables. En lo que respecta a los resultados, tras un análisis exhaustivo de las historias médicas y la evaluación de los efectos derivados de la implementación del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ), se llevaron a cabo diversas modificaciones en diversas etapas del proceso. En el momento de ingreso

del paciente a la sala de operaciones, se introdujeron cambios significativos. Se incorporaron verificaciones con los padres en el área de Pediatría, además de la provisión de explicaciones detalladas sobre la cirugía. Aunque la evaluación constante de las vías aéreas difíciles o riesgosas por parte del equipo de anestesia se realizaba anteriormente, este procedimiento no estaba debidamente documentado en las planillas, a pesar de su importancia fundamental en el proceso quirúrgico. Previo al inicio de la cirugía, se agregó una verificación adicional realizada por el personal de enfermería, lo cual no estaba contemplado en las fases iniciales del proceso. Antes de que el paciente abandonara la unidad quirúrgica, se llevó a cabo una revisión de aspectos como la presencia de flebitis, caídas y úlceras, además de la confirmación del monitoreo en la terapia intensiva. Se obtuvo la firma del enfermero circulante, quien se encargó de ejecutar esta verificación. Asimismo, se amplió la sección posterior de la hoja de registro para incluir la evolución de enfermería. De los 228 casos sometidos a cirugía, el listado de verificación se aplicó en 198 de ellos, lo que representa un cumplimiento del 86%. Estos resultados indican una mejora sustancial en los indicadores de seguridad del paciente, incluyendo una notable reducción en la mortalidad y las infecciones en la herida quirúrgica después de la implementación de los listados de verificación en cirugía. También se logró una mejora significativa en la comunicación entre los miembros del equipo en el quirófano. Es esencial continuar trabajando en la implementación de estos listados de manera secuencial y mantener un diálogo constante con el equipo quirúrgico involucrado en su aplicación. De esta manera, se espera que estos instrumentos se transformen en herramientas efectivas para su aplicación en otros servicios médicos. En resumen, los autores indican que, después de revisar la literatura y aplicar medidas en el Cardiocentro, se logró establecer un compromiso y una convicción en cuanto a la utilidad del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ) propuesto por la Organización Mundial de la Salud. Se hace hincapié en que su

empleo es de máxima importancia para mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos y disminuir la incidencia de eventos adversos que podrían haberse prevenido (p. 1-7).

La implementación exitosa del LVQ tiene el potencial de prevenir errores y eventos adversos, lo que a su vez conlleva a una reducción de complicaciones después de la operación y a una mejora en la experiencia global tanto del paciente como de su familia. Además, este estudio resalta la imperiosa necesidad de garantizar una atención quirúrgica segura y eficaz en poblaciones pediátricas, lo cual tiene un impacto profundo en la salud y bienestar de los pacientes más jóvenes.

Por su parte, Domingo, Sala, Miret, Moraga, Lasso, Comas, y Castells (2022), llevan a cabo un estudio titulado como “Percepciones del personal de enfermería, cirugía y anestesia sobre el uso y beneficios del listado de verificación quirúrgica en un hospital universitario”. El objetivo fue evaluar las actitudes y percepciones del personal de enfermería, cirujanos y anestesiistas con relación al cumplimiento, utilidad e impacto en seguridad del *checklist* quirúrgico en un hospital universitario. Asimismo, se propuso identificar oportunidades de mejora para reforzar la utilidad del *checklist* quirúrgico en el quirófano. Para llevar a cabo este estudio, se optó por un enfoque cuantitativo y descriptivo con un diseño de investigación observacional de corte transversal realizado en un hospital universitario. La recopilación de datos se realizó mediante la distribución de un cuestionario entre el personal de quirófano, y se empleó el test exacto de Fisher para analizar los resultados obtenidos. La población de estudio incluyó a enfermeros, cirujanos y anestesiistas del hospital, con un total de 362 participantes en la muestra. El análisis de los resultados se llevó a cabo en colaboración con un grupo de discusión compuesto por profesionales clave. Durante esta etapa, se identificaron acciones de mejora y se evaluó la viabilidad de implementarlas en el entorno quirúrgico. Los resultados revelaron que la tasa de participación fue del 36.2% (131 de 362). El personal de enfermería fue percibido como el grupo que brindó el mayor apoyo en la

implementación del listado de verificación quirúrgica. En el grupo de cirujanos, el 64.3% opinó que el uso del listado de verificación quirúrgica ayudó a prevenir eventos adversos, en comparación con el 84.2% entre los anestesiistas y el 85.7% entre el personal de enfermería, con un valor de $p=0.028$. Los profesionales más jóvenes manifestaron una actitud positiva hacia la utilización del listado de verificación quirúrgica, considerándolo como una herramienta que les proporcionaba confianza. Con el propósito de reforzar la confianza y la adhesión al check-list quirúrgico, se elaboró una serie de medidas de mejora. En conclusión, los investigadores señalan que los cirujanos tienen una opinión moderada acerca de la eficacia del check-list quirúrgico en la prevención de eventos adversos. Sin embargo, el personal menos experimentado en el quirófano considera que esta herramienta es valiosa. En lo que concierne al personal de enfermería, expresan preocupaciones relacionadas con el cumplimiento y el respaldo de otros profesionales. La recomendación clave es implementar medidas de mejora para fortalecer la percepción de utilidad del check-list quirúrgico, promoviendo la participación de todos los profesionales involucrados en el proceso quirúrgico, especialmente los más experimentados y los líderes quirúrgicos (p. 52-53).

Este estudio, aporta valiosos elementos para la presente investigación, ya que se enfoca en las percepciones y actitudes del personal de enfermería, cirugía y anestesia con respecto al cumplimiento y utilidad de la LVQ. Este antecedente subraya la importancia de evaluar cómo diferentes categorías profesionales dentro del equipo quirúrgico perciben y utilizan la LVQ, lo cual se alinea directamente con el objetivo de este estudio, donde además, se identifica la necesidad de implementar acciones de mejora y fortalecer la percepción de utilidad de la LVQ, lo que podría ser relevante para esta investigación al proporcionar conocimiento sobre cómo mejorar la aplicación de la LVQ en entornos hospitalarios y fomentar una cultura de seguridad quirúrgica entre diferentes categorías profesionales del equipo quirúrgico.

Rodríguez Grande et al., (2021), realizan un estudio titulado como “Error evitado, vida salvada. Lista de verificación quirúrgica”. Estos autores afirman que el principal propósito del Check-list es fortalecer la seguridad en la práctica del personal en cirugía, mejorar la comunicación entre los miembros del equipo y prevenir errores que puedan evitarse. Para llevar a cabo este trabajo, se utilizó una metodología que involucró una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura disponible. Se realizó una búsqueda sistemática de libros y se consultaron artículos científicos en bases de datos prominentes como Pubmed, Medline y Scielo. Se seleccionaron aquellos artículos provenientes de publicaciones académicas que habían sido revisadas por expertos en el campo. Los autores concluyen que la Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVQ) es una herramienta altamente efectiva cuando se completa correctamente y se integra de manera fluida en la dinámica de trabajo del equipo quirúrgico. Es importante que su implementación no se perciba como una imposición de la dirección del centro que dificulte las tareas diarias. Además, enfatizan en que es importante recordar que los equipos quirúrgicos reciban capacitación para garantizar que la LVQ se utilice de manera eficiente y no se convierta en una pérdida de tiempo debido a la falta de conocimiento sobre su aplicación. Con el tiempo, el uso de esta lista de verificación puede convertirse en una práctica estándar en las actividades quirúrgicas diarias, contribuyendo así a mejorar la seguridad del paciente (p. 380-381).

Este estudio, destaca la importancia de que la implementación de la LVQ sea percibida no como una imposición administrativa, sino como una herramienta integrada en el flujo de trabajo, resaltando la necesidad de capacitación adecuada del equipo quirúrgico para su uso eficiente. Esto alinea con el presente estudio en cuanto a la necesidad de evaluar el nivel de información y la aplicación del LVQ en diferentes categorías profesionales en el entorno quirúrgico, y cómo esto influye en la práctica clínica cotidiana y la seguridad del paciente.

Sepúlveda Plata, et al., (2021) realizan un estudio titulado como “Cumplimiento de la lista de verificación de seguridad de la cirugía en un hospital de Santander. Un estudio de corte transversal”. El propósito de este estudio fue determinar el nivel de cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de seguridad de la cirugía en personal de sala quirúrgica de una institución pública. La metodología involucró la realización de un estudio transversal en el que se evaluaron 45 miembros del equipo quirúrgico de un hospital durante los meses de julio y agosto de 2018 en relación con el cumplimiento de la lista de verificación de la OMS. Los resultados indicaron que el cumplimiento general fue muy bajo, alcanzando un 13.3% (n=6). La fase previa a la anestesia obtuvo el nivel más alto de cumplimiento, alcanzando un 55.6% (n=25). Además, se observaron diferencias significativas entre diferentes categorías de personal, con el personal de instrumentación quirúrgica mostrando un cumplimiento del 100% (n=8) y el personal de enfermería con el cumplimiento más bajo, que fue del 25% (n=3). También se identificó una correlación negativa entre los años de experiencia laboral en el servicio y el cumplimiento en la fase de transferencia ($\rho = -0.30$, $p = 0.048$). En conclusión, el estudio reveló un bajo cumplimiento general de la lista de verificación, con variaciones significativas entre diferentes categorías de personal y áreas específicas de la lista. El ítem de profilaxis antibiótica fue el que menos cumplimiento tuvo, mientras que la fase previa a la anestesia fue la que obtuvo el nivel más alto de cumplimiento. Estos hallazgos sugieren la necesidad de mejorar la adhesión a la lista de verificación de seguridad quirúrgica en esta institución pública. No obstante, esta tendencia de cumplimiento varía entre los integrantes del equipo, ya que las instrumentadoras quirúrgicas demostraron un mayor nivel de adhesión, mientras que el personal de enfermería mostró un nivel de cumplimiento menor (p.1-2).

En este estudio, se destaca las variaciones en el cumplimiento de la Lista de Verificación Quirúrgica (LVQ) entre distintos profesionales en un entorno hospitalario. El hallazgo de un bajo cumplimiento general, con diferencias significativas entre categorías de personal, subraya la importancia de comprender cómo el nivel de información sobre el LVQ influye en su aplicación práctica.

El propósito de esta investigación será entregar los resultados de dicha investigación a los responsables de la institución para coordinar conjuntamente el desarrollo de charlas educativas acerca de la importancia de la aplicación del LVQ en los tres momentos en los que se espera que se aplique por los distintos profesionales para garantizar la seguridad del paciente. De igual modo, con los resultados se espera contribuir al desarrollo del conocimiento existente, identificando áreas de mejora, impulsando de esta manera la calidad y seguridad del cuidado quirúrgico.

Formulación del problema de Investigación

¿Qué relación existe entre el nivel de información acerca del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ) y su aplicación, según la categoría profesional del equipo quirúrgico del Hospital Privado de Rosario (HPR) durante el primer bimestre del año 2024?

Hipótesis

Los integrantes del equipo quirúrgico que posean un nivel medio-alto de información acerca del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ) la aplicaran correctamente, independientemente de la categoría profesional en la que se encuentren.

Objetivo general:

Determinar la relación existente entre el nivel de información acerca del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ) y su aplicación, según la categoría profesional del equipo

quirúrgico de una institución privada de la ciudad de Rosario durante el primer bimestre del año 2024.

Objetivos específicos:

- Caracterizar al personal quirúrgico según categoría profesional.
- Establecer el nivel de información acerca del LVQ que tiene el equipo en relación a la entrada, pausa quirúrgica y salida del paciente.
- Determinar la aplicación de la LVQ en la entrada, pausa y salida del paciente del área quirúrgica.
- Identificar si la categoría profesional influye en la aplicación del LVQ.
- Determinar si el nivel de información acerca del LVQ se relaciona con la categoría profesional.
- Analizar si el nivel de información acerca del LVQ se relaciona con su aplicación.

Marco Teórico

Dentro de los procedimientos quirúrgicos, se destaca como herramienta crucial el adecuado uso del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ), con el propósito de mitigar riesgos y salvaguardar la excelencia de la atención quirúrgica. Esta propuesta, concebida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), traza una secuencia de pasos y comprobaciones a ser llevados a cabo previo, durante y posterior a una cirugía, con el fin de prevenir fallos y asegurar la integridad del paciente. (Ramos, et al., 2020, p. 794)

A través de este estudio, se buscará establecer y fundamentar la relación entre el nivel de información acerca de la LVQ y su aplicación, según categoría profesional del equipo quirúrgico.

De acuerdo con Ercilla, Esteban y Ruiz (2022), el check-list quirúrgico es ampliamente reconocido a nivel global como una lista de verificación fundamental. Fue creado en el año 2007 en respuesta a la iniciativa “La cirugía segura salva vidas”, propuesta por la OMS y la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Este enfoque involucró a anesestesiólogos, cirujanos, enfermeras y expertos en seguridad, quienes definieron diez objetivos cruciales para el proceso quirúrgico. Estos objetivos incluyen la identificación correcta del paciente, la seguridad de la anestesia, la precisión en la cirugía y el sitio, la adecuada comunicación entre el equipo y el paciente, la administración de profilaxis antibiótica y antitrombótica, la correcta identificación de muestras y la verificación para prevenir la presencia de cuerpos extraños inadvertidos. (p. 405)

La LVQ, es aplicada en el área de cirugías. Lucumi, et al. (2019) menciona que es dentro del área quirúrgica de las instituciones de salud, donde se realizan una variedad de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos necesarios para los pacientes. En este contexto, es esencial que tanto las instalaciones como el personal de salud elaboren las condiciones adecuadas para llevar a cabo cada uno de estos procedimientos. Esto implica el uso adecuado de tecnologías, la participación

de profesionales cualificados y la implementación de acciones que garanticen la seguridad de los pacientes a través de una atención digna, responsable y cálida. Sin embargo, a medida que transcurren las actividades cotidianas en esta área, el personal de enfermería está expuestos a la posibilidad de cometer incidentes, eventos y errores humanos que podrían tener un impacto negativo en la salud de los pacientes. (p. 31)

Por otra parte, la cirugía se describe como la combinación de conocimiento científico y arte, aplicada a enfermedades que requieren intervenciones manuales o instrumentales. Esta acción no solo involucra destreza técnica, sino también un entendimiento profundo de sus justificaciones y posibles consecuencias. Esta combinación es fundamental para garantizar una cirugía segura, tanto para el paciente como para el equipo médico. Sin embargo, los eventos adversos, que están en aumento como resultado de las intervenciones quirúrgicas, se consideran un desafío significativo en términos de salud pública. (Gutiérrez, & Gómez, 2019, p. 45)

Según Delgado Chávez et al. (2020), una cirugía segura se refiere a una intervención quirúrgica exenta de peligros y complicaciones, tanto para el paciente sometido a la cirugía como para el personal médico involucrado en el procedimiento. Este autor afirma que se ha notado que, en la implementación de la Lista de Verificación Quirúrgica, no todos los miembros del equipo quirúrgico participan, a pesar de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por lo general, es la enfermera quien lleva a cabo la verificación y completa la lista, a menudo al final del procedimiento quirúrgico. Esto se debe a diversas razones, como la falta de capacitación adecuada del personal de salud, un conocimiento insuficiente del contenido de la lista, la falta de comprensión de su importancia, y la presión de la rutina, entre otras. Como resultado, la lista se completa antes de que el paciente sea trasladado de la sala de operaciones a la Sala de Recuperación Post Anestésica. (p. 79)

En el año 2018, la Organización Mundial de la Salud identificó ciertas deficiencias que surgieron como resultado de intervenciones quirúrgicas. Estas deficiencias se centraron en problemas como la ubicación inadecuada del área de cirugía, la mala administración de la anestesia, y la presencia de infecciones y heridas operatorias. Como resultado de estas observaciones respaldadas por evidencia científica, la OMS ha puesto un enfoque destacado en la seguridad quirúrgica. En esta área, también entra en juego el personal de enfermería quien se encuentra constantemente enfrentando situaciones que requieren aprendizaje y adaptación. A medida que se ganan experiencia y se desarrollan habilidades, es esencial adquirir una sólida capacidad cognitiva para resolver problemas y manejar conflictos. Además, la interacción efectiva con otros individuos es fundamental en esta área. (Lucumi et al, 2019, p. 31)

Si bien, las salas de cirugía son espacios donde se llevan a cabo actividades que involucran a diversos profesionales de diferentes disciplinas, como personal de enfermería, instrumentadores, médicos, personal de apoyo y anestesiólogos, estos profesionales trabajan en conjunto para garantizar una atención de alta calidad al paciente. En este sentido, es fundamental que cada institución de salud se esfuerce por cumplir con los estándares que certifiquen la excelencia de su atención quirúrgica a nivel nacional e internacional. Esto se logra ofreciendo servicios con los más altos niveles de calidad y seguridad. Pero para ofrecer este tipo de servicios, es necesario contar con los conocimientos pertinentes que demuestren competencia necesaria en esta área. El conocimiento puede ser definido como la capacidad de una persona para resolver problemas o una serie de problemas. Es una forma de información que es subjetiva y personal, y que se relaciona con hechos, operaciones, concepciones, interpretaciones, doctrinas, reflexiones y otros elementos que pueden o no ser útiles. Esta información se transforma en conocimiento cuando se lleva a cabo un proceso de abstracción a un nivel mental superior. Luego, este conocimiento puede ser

compartido a través de la comunicación oral, escrita o medios digitales. De esta manera, los receptores adquieren la información y la procesan mentalmente, convirtiéndola una vez más en conocimiento. (Delgado, 2020, p. 80)

El concepto de nivel de información acerca de la de la LVQ, será abordado mediante la teoría de Llorens (2020), quien afirma que este concepto se refiere a el grado de comprensión y familiaridad que tiene el equipo en relación a la implementación y contenido del LVQ, entendiéndolo como una herramienta de seguridad del paciente que se utiliza en el proceso quirúrgico con el fin de reducir errores y riesgos asociados a este tipo de procedimientos. (p. 20)

El control y detección de posibles imprevistos y errores en el desarrollo de un proceso quirúrgicos, es posible por la implementación de estrategias e instrumentos como la LVQ, de la cual el equipo de salud debe conocer e implementar el corrector uso de la misma para el resguardo del paciente.

El profesor James Reason, desarrollo la teoría del error basada en la premisa de que los seres humanos son propensos a cometer errores a pesar de los esfuerzos para evitarlos. Es una teoría centrada en la prevención de errores humanos en entornos de alto riesgo, como la atención médica, la aviación y otras industrias críticas. El profesor, sostiene que los errores humanos son inevitables y pueden ocurrir debido a condiciones activas (acciones específicas) o condiciones latentes (factores subyacentes). Reason, también destaca la importancia de diseñar sistemas y procesos que minimicen la probabilidad de errores y mitiguen sus consecuencias. Siendo los errores productos de la falta de información, capacitación, o claridad en los procesos. Por lo tanto, se podría argumentar que, si el personal quirúrgico no tiene un nivel adecuado de información sobre el LVQ, esto podría aumentar la probabilidad de cometer errores durante su aplicación. Además, la falta de información o capacitación adecuada podría ser una condición latente que

contribuye a errores. Sin embargo, se considera que las personas son agentes libres capaces de elegir entre comportamientos seguros e inseguros. Cuando algo sale mal, se tiende a buscar a una persona o grupo que sea responsable. En la medida de lo posible, tratar de separar los actos inseguros de un individuo de cualquier responsabilidad institucional claramente beneficia a los directivos. No obstante, el enfoque centrado en la persona presenta deficiencias significativas y no resulta apropiado para el contexto médico. De hecho, seguir impulsando este enfoque podría obstaculizar el avance hacia instituciones de atención médica más seguras. A pesar de que en cualquier ámbito existen actos inseguros que son sumamente graves, la mayoría de ellos no lo son. Según esta teoría, la gestión efectiva de riesgos depende en gran medida de la promoción de una cultura de informes. Sin un análisis exhaustivo de contratiempos, incidentes, situaciones casi accidentadas y las lecciones gratuitas, carecemos de los medios para identificar patrones de errores recurrentes o para comprender cuándo estamos al borde del abismo hasta que caemos en él. También enfatiza en que otra limitación significativa del enfoque centrado en la persona es que, al enfocarse en las causas individuales del error, aísla los actos inseguros del contexto del sistema. Como resultado, se tiende a pasar por alto dos aspectos cruciales del error humano. En primer lugar, con frecuencia, son individuos altamente competentes quienes cometen errores graves; el error no es exclusivo de unos pocos desafortunados. En segundo lugar, lejos de ser eventos aleatorios, los incidentes tienden a seguir patrones recurrentes. El mismo conjunto de circunstancias puede dar lugar a errores similares, independientemente de las personas involucradas. La búsqueda de una mayor seguridad se ve gravemente obstaculizada por un enfoque que no busca y elimina los elementos que propician errores en el sistema en su conjunto. Siguiendo la teoría del error de Reason, que enfatiza la importancia de una cultura de informes y la comprensión de patrones de errores recurrentes en sistemas de alto riesgo, se puede relacionar esta

perspectiva con el nivel de información acerca del Listado de Verificación Quirúrgica. A menudo, en entornos quirúrgicos, se cometen errores debido a actos inseguros, que pueden incluir no seguir adecuadamente el protocolo del LVQ. Desde esta teoría, es esencial reconocer que estos errores no son exclusivos de unos pocos individuos desafortunados, sino que pueden ser cometidos por profesionales altamente competentes. La falta de información o comprensión adecuada del LVQ puede llevar a errores recurrentes en situaciones similares, independientemente de las personas involucradas. Por lo tanto, se destaca la importancia de no centrarse únicamente en los actos inseguros de los individuos, sino de analizar y mejorar el sistema en su conjunto para prevenir errores quirúrgicos y promover una atención médica más segura. (Blanco Quintana, et al, 2023, p. 859- 862)

En contraste, el uso del LVQ puede prevenir diversos errores y circunstancias desfavorables, como ha señalado Nieto et al. (2022): Confusiones en la identificación del paciente: El listado de verificación quirúrgico se encarga de verificar la identidad del paciente, asegurando que la intervención se realice en la persona correcta. Errores en la señalización del sitio quirúrgico: Este listado también aborda la verificación y marcado preciso del sitio quirúrgico, evitando procedimientos en ubicaciones erróneas. Ausencia de consentimiento informado: EL LVQ verifica si se ha obtenido el consentimiento informado del paciente, garantizando que el paciente esté debidamente informado y haya dado su consentimiento para la cirugía. Infecciones relacionadas con la cirugía: También incluye medidas de prevención de infecciones, como la administración oportuna de antibióticos profilácticos y la preparación adecuada del área quirúrgica. Equívocos en la administración de medicamentos: EL LVQ además confirma la administración precisa de medicamentos durante el procedimiento quirúrgico, evitando errores en la dosis o en el tipo de medicamento utilizado. Además, menciona el autor que existe la complejidad de detener el

procedimiento para llevar a cabo los pasos requeridos y la resistencia de los cirujanos a confirmar verbalmente los ítems de seguridad bajo su responsabilidad. También menciona que existe timidez de los profesionales involucrados en interrumpir el procedimiento para realizar la confirmación verbal de los elementos durante el “Tiempo Fuera”, así como la falta de personal como otro factor contribuyente a esta dificultad. A su vez este autor señala que otra de las principales dificultades es la etapa de “Ingresar”, se identificaron diversas razones y justificaciones. Estas incluyeron: Falta de capacitación permanente de cada profesional responsable: La falta de una formación continua y actualizada para los profesionales responsables de completar la Lista de Verificación Quirúrgica se mencionó como una de las razones. La capacitación constante es fundamental para garantizar la comprensión y aplicación adecuada de la lista. Poco conocimiento técnico sobre la LVQ: La falta de conocimiento técnico sobre los procedimientos y elementos de la Lista de Verificación Quirúrgica también se destacó como una barrera. Los profesionales pueden tener dificultades para comprender los pasos y su importancia si no tienen un conocimiento sólido de la LVQ. Implementación inadecuada de la LVQ: La implementación incorrecta de la LVQ en la rutina quirúrgica fue otra justificación. Es fundamental que se sigan los pasos y procesos de la lista de manera precisa para garantizar su eficacia. Resistencia del equipo quirúrgico: La resistencia del equipo quirúrgico a la realización de la LVQ también se mencionó como una barrera importante. La falta de disposición o compromiso por parte de algunos miembros del equipo puede dificultar su implementación. Además, las diferencias relacionadas con aspectos culturales en relación con la seguridad del paciente y las actitudes individuales también pueden ser barreras para la adherencia inicial. La colaboración en el llenado de la LVQ se ve fortalecida cuando la seguridad del paciente es valorada por cada miembro del equipo quirúrgico. (p. 6-7)

Dentro del conocimiento se puede distinguir tres niveles, el conocimiento empírico, teórico y racional. El conocimiento empírico está estrechamente relacionado con la experiencia, ya que implica la utilización de los sentidos para percibir objetos y fenómenos. Se refiere a la importancia de los aspectos sensoriales y físicos que se encuentran en un nivel superior de comprensión. Este tipo de conocimiento se deriva de la práctica continua, experimentando un proceso de análisis y sistematización a través de la observación repetida y la experimentación. Estas actividades representan la etapa fundamental del conocimiento en la cual el individuo interpreta su entorno a través de representaciones mentales, discernimientos e impresiones. El conocimiento teórico representa el segundo nivel, para ello hace uso de la lógica del pensamiento, donde el individuo realiza el proceso de analizar, sintetizar, generalizar y concluir sobre aspectos y vínculos internos de fenómenos, hechos y procesos, con lo que se podrá explicar y exponer leyes y procesos que rigen el fenómeno y de esta manera conjugarlos en un único sistema que se van a representar las teorías, siendo un nivel más racional que teórico. Por otro lado, el conocimiento racional se refiere al proceso de construcción del conocimiento, se integran aspectos abstractos y racionales con elementos concretos y pensados. El conocimiento empírico actúa como la materia prima que alimenta el conocimiento racional. Este nivel implica la utilización de la razón para buscar información teórica, generar hipótesis, definiciones, desarrollar teorías y establecer leyes que explican fenómenos y procesos. (Delgado, 2020, p.85)

Con respecto, a la variable Aplicación del Listado de Verificación Quirúrgica en esta investigación será comprendida desde la teoría de Guardia et al., (2017) quienes afirman que se refiere a la acción y efecto de utilizar y completar adecuadamente el LVQ durante la entrada, pausa y salida del paciente en el área quirúrgica. (p.12)

Según el autor Benner, la ética y la moral son componentes fundamentales de la competencia, y la capacidad de “el saber ser “es esencial para la tomar decisiones informadas y éticas en la práctica de enfermería (Lucumi, et al 2019, p. 36). Esta teoría, subraya la importancia de la adquisición de conocimiento y aprendizaje continuo por parte de los enfermeros para establecer una cultura de cumplimiento de procesos que garantice la seguridad en la atención de los pacientes en el área de cirugía. Además, se enfoca en el proceso de adquisición de habilidades y competencia en enfermería a medida que los profesionales ganan experiencia. En el contexto de la aplicación de VLQ, esta teoría es relevante ya que resalta que, a medida que los profesionales quirúrgicos adquieren conocimiento y experiencia, están más preparados para comprender la importancia de LVQ y aplicarlo de manera efectiva en la práctica quirúrgica.

Este conocimiento, se aplica en las diferentes fases de la cirugía. En la fase de pre inducción de la anestesia y el uso de la lista de verificación quirúrgica, el conocimiento implica entender el proceso que ocurre antes de la anestesia. El responsable de la lista de chequeo debe asegurarse de varios aspectos cruciales, como la identificación del paciente y la comprensión de la naturaleza de la cirugía, que incluye la obtención del consentimiento informado. En la segunda fase (pausa), el conocimiento de esta etapa se refiere al proceso que ocurre después de la inducción de la anestesia y antes de la incisión en la piel. En esta fase, es fundamental que el profesional que lidera la cirugía se presente y describa su función. También se deben confirmar detalles críticos, como el procedimiento que se realizará y el sitio quirúrgico exacto. (Cabrera et al. 2019, p.35)

Además, es esencial asegurar la aplicación rigurosa de las medidas de asepsia quirúrgica por parte de todo el personal, verificar el cumplimiento de la profilaxis antibiótica, anticipar la posibilidad de incidentes o complicaciones, revisar imágenes relevantes y verificar cualquier otro

aspecto necesario según el tipo de cirugía. En caso de que el paciente no pueda identificarse por sí mismo, se recurre a la colocación de un brazalete de identificación. (Delgado, 2020, p.82)

Finalmente, en su fase de salida, el conocimiento tiene que ver con entender y cumplir el protocolo de la lista de verificación quirúrgica después del cierre de la herida quirúrgica y antes de que el paciente abandone el quirófano. Este proceso implica la revisión minuciosa de la cirugía, incluyendo un recuento de instrumentos y gasas, la identificación de muestras biológicas si es necesario, y la revisión de los planes de recuperación y atención postoperatoria del paciente.

Por otra parte, para obtener los datos sobre la categoría profesional del equipo quirúrgico se realizará, en este estudio, una revisión de los registros de personal y asignaciones de roles proporcionados por la institución, con el fin de identificar y registrar a los profesionales de enfermería, médicos (cirujanos-anestesiólogos), residentes e instrumentadoras que forman parte del equipo. Estos datos permitirán clasificar a cada miembro en una de las categorías profesionales. La cual, hace referencia a que cada uno del equipo quirúrgico, incluyendo el cirujano, el anestesiólogo, instrumentadora y la enfermera, debe revisar su propio equipo y cumplir con los procedimientos de la lista de verificación. Completar el check-list es fundamental para reducir el riesgo de infecciones, errores de anestesia o problemas en el sitio quirúrgico, asegurando así la seguridad y la calidad en la atención quirúrgica. (Cabrera et al. 2019, p. 37)

El LVQ se divide en tres fases, como ya se mencionó, cada una correspondiente a un período específico durante la cirugía. La primera fase es antes de la inducción de la anestesia y se llama entrada. La segunda fase es posterior a la inducción de la anestesia, pero antes de la incisión, conocida como pausa quirúrgica. La tercera fase abarca desde el cierre de la herida quirúrgica hasta la salida del paciente del quirófano, y se divide en dos etapas: antes del cierre de la herida quirúrgica y antes de la salida del quirófano. En cada una de estas fases, antes de continuar con el

procedimiento, se requiere que el coordinador de la lista confirme que el equipo quirúrgico ha cumplido con todas sus tareas. Cada equipo debe encontrar la manera de incorporar eficazmente el uso de la Lista de verificación en su proceso de trabajo, minimizando las interrupciones y asegurándose de completar adecuadamente todos los pasos. Antes de la entrada a quirófano, se deben completar los siguientes datos del paciente: Nombre y apellido; Número de DNI; Número de Historia Clínica; Procedimiento a realizar. Si la intervención es una urgencia y no se cuentan con algunos de estos datos, se colocarán en observaciones, y en el campo de procedimiento se aclarará el nombre y se indicará que es una urgencia. Antes de la inducción de la anestesia, cuando el paciente ingresa a quirófano, se realizará una verificación con la presencia del anestesista, el circulante de quirófano y un miembro del equipo quirúrgico. Los siguientes puntos se verificarán verbalmente con el paciente (cuando sea posible): Identidad; Sitio quirúrgico; Lado (si corresponde); Procedimiento; Consentimiento informado firmado; Ayuno según protocolo (si corresponde); Baño previo según protocolo. El coordinador verificará verbalmente con el paciente los siguientes aspectos: su identidad, que incluye nombre y apellido, número de documento; el tipo de intervención prevista; el lugar anatómico de la intervención; y si el paciente ha firmado el consentimiento para la realización de la intervención. Solo después de completar esta verificación se marcará la casilla correspondiente. A pesar de que pueda parecer redundante, este paso es crucial para asegurar que no se realice una cirugía en la persona incorrecta, en el lugar anatómico incorrecto ni que se realice una intervención equivocada. Es importante corroborar que los datos del paciente coincidan con los datos ingresados previamente en el encabezado. Si el paciente no puede confirmar estos datos, por ejemplo, en casos de pacientes incapacitados o niños, un familiar o tutor puede asumir esta función, y esto deberá ser registrado en el listado de verificación en la sección de observaciones. Si no está presente el tutor o un familiar y se omite este paso, como en

situaciones de emergencia, se marcará la casilla que indica “Paciente no puede responder”. Cada institución debe seguir sus normativas para habilitar los medios adecuados para la identificación del paciente. Es esencial que el consentimiento informado esté firmado antes de realizar cualquier procedimiento, y el coordinador se asegurará de que este requisito se haya cumplido. (Ministerio de Salud, 2012, p.2-3)

- Cumplimiento del ayuno según el protocolo correspondiente (si es necesario).
- Cumplimiento del baño previo según el protocolo correspondiente. La verificación del cumplimiento del ayuno se llevará a cabo de acuerdo con los procedimientos establecidos en cada institución. La verificación del baño previo también se ajustará al protocolo de cada lugar. Antes de marcar la casilla correspondiente, el miembro del equipo de quirófano encargado de la circulación deberá preguntar al paciente o a su familiar si se han cumplido estos dos puntos. Es esencial realizar el baño previo ya que, durante la incisión quirúrgica en la piel, los microorganismos presentes en la superficie de la piel pueden contaminar los tejidos subyacentes, lo que podría dar lugar a una infección en el sitio quirúrgico (ISQ). Los procedimientos que reducen la cantidad de microorganismos en la piel también disminuyen el riesgo de ISQ.

Se requiere verificar los siguientes aspectos con el anestesiólogo:

Control de la seguridad de anestesia: El coordinador solicitará al anestesiólogo que confirme la realización de un proceso de verificación de la seguridad de la anestesia, que implica una revisión formal del equipo anestésico, los medicamentos y la evaluación del riesgo anestésico del paciente antes de cada procedimiento quirúrgico. Además de asegurarse de que el paciente esté en condiciones adecuadas para la cirugía, el equipo de anestesiología llevará a cabo una inspección del equipo utilizado para la intubación y aspiración de la vía aérea, el sistema de ventilación

(incluyendo el suministro de oxígeno y los fármacos inhalados), los dispositivos de succión y los suministros de emergencia. Esto se realiza para garantizar que todo esté disponible y en buen estado de funcionamiento antes de marcar la casilla correspondiente en la lista de verificación.

Colocación del oxímetro del pulso/ monitor /tensiómetro y funcionamiento: Para marcar este ítem en la lista de verificación, el coordinador debe verificar que antes de la inducción de la anestesia, se haya colocado correctamente un pulsioxímetro en el paciente y que esté funcionando de manera adecuada. Es importante que la lectura del pulsioxímetro sea visible para todo el equipo quirúrgico, y preferiblemente, se debería utilizar un sistema de señal sonora que alerte sobre el pulso y la saturación de oxígeno del paciente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado el uso del pulsioxímetro como un componente esencial para garantizar la seguridad durante la anestesia. En casos en los que no se cuente con un pulsioxímetro, el cirujano y el anesthesiólogo deben evaluar la gravedad de la situación y considerar posiblemente posponer la intervención hasta que se puedan tomar las medidas necesarias para obtener uno. Algunos puntos clave para este proceso incluyen: Verificar el funcionamiento correcto del pulsioxímetro. Realizar una prueba de funcionamiento en un miembro del equipo quirúrgico. Evaluar las condiciones de higiene de las manos, dedos y uñas del paciente, ya que es crucial para un funcionamiento adecuado del dispositivo. Si es necesario, remover esmalte de uñas de los pacientes que no hayan sido evaluados previamente en el área de internación. Desinfectar las pinzas del pulsioxímetro con clorhexidina después de su uso y entre pacientes. Designar a una persona específica para realizar el control de funcionamiento del pulsioxímetro. Alergias conocidas: El coordinador realizará una pregunta al anesthesiólogo para averiguar si el paciente tiene alergias previamente conocidas y, en caso afirmativo, cuáles son. Aunque el coordinador ya tenga información previa sobre las alergias del paciente, debe hacer esta pregunta nuevamente para asegurarse de que el anesthesiólogo esté al tanto

de cualquier alergia que pueda representar un riesgo para el paciente. Solo después de confirmar que el anestesiólogo tiene esta información se marcará la casilla correspondiente. En el caso de que el coordinador conozca alguna alergia que el anestesiólogo desconozca, debe comunicar esa información. Valoración de vía aérea / riesgo de aspiración: En este punto, el coordinador llevará a cabo una confirmación verbal para asegurarse de que el equipo de anestesia haya realizado una evaluación objetiva de la vía aérea del paciente. Existen varios métodos para evaluar la vía aérea, como la escala Mallampati, la distancia tiromentoniana y la escala Bellhouse-Doré. Lo más importante es realizar una evaluación objetiva de la vía aérea utilizando un método válido, y la elección del método en sí mismo es secundaria. Si la evaluación de la vía aérea indica un alto riesgo de dificultad (por ejemplo, un Mallampati de 3 o 4), el equipo de anestesia debe estar preparado para abordar una vía aérea difícil. Esto implica ajustar el enfoque de la anestesia, como optar por una anestesia regional si es factible, y asegurarse de que los equipos de emergencia estén disponibles. En el caso de pacientes que se sabe que tienen una vía aérea difícil o que tienen riesgo de aspiración, el ítem de la lista solo debe marcarse (y proceder con la inducción de la anestesia) una vez que el profesional de anestesia confirme que dispone del equipo adecuado y la asistencia necesaria. Verificación de profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos (si corresponde): La persona a cargo de esta gestión, generalmente el anestesista, debe dar su confirmación de manera verbal. La primera dosis de antibióticos debe administrarse en un intervalo de tiempo que oscile entre los 30 y 60 minutos antes de la incisión quirúrgica. Si se emplean antibióticos específicos como la Vancomicina o Ciprofloxacina, se deben seguir las recomendaciones de tiempo para su administración. Conocimiento de comorbilidades del paciente: Se verificará si el paciente tiene comorbilidades que puedan representar complicaciones durante la operación. Aunque el anestesiólogo es el responsable, es importante que el cirujano esté presente durante este proceso.

Esta información se completará una vez que el equipo quirúrgico haya revisado las comorbilidades mencionadas en la Historia Clínica. Si no se ha revisado previamente, se realizará en este momento, y en caso necesario, se consultará y verificará con el paciente. (Ministerio de Salud, 2012, p. 3-4)

En cuanto al cirujano, debe verificar los siguientes puntos:

Demarcación del sitio: El coordinador de la lista verificará visualmente si el cirujano o su asistente han marcado el sitio quirúrgico con un rotulador, especialmente en casos que involucren lateralidad (distinguiendo entre izquierda y derecha) o múltiples estructuras o niveles (por ejemplo, un dedo, una lesión cutánea o una vértebra específica). En situaciones donde se trate de estructuras en posiciones más centrales (como el tiroides) o procedimientos únicos (como en el caso del bazo), la delimitación del sitio dependerá de las prácticas locales. Una vez que se haya realizado esta confirmación visual, se marcará el ítem correspondiente en la lista. Es importante destacar que algunos hospitales pueden no requerir esta marcación en casos extremadamente raros en los que la posibilidad de operar en el lugar equivocado sea prácticamente nula. Sin embargo, la delimitación sistemática del sitio quirúrgico proporciona una confirmación adicional de que tanto la ubicación anatómica como el procedimiento son correctos.

Chequeo de disponibilidad de estudios complementarios: Los estudios de imagen desempeñan un papel fundamental en la planificación y ejecución exitosa de muchas cirugías, especialmente en procedimientos ortopédicos, medulares, torácicos y en resecciones de tumores. El coordinador de la lista consultará al cirujano si el caso requiere algún estudio de imagen. En caso afirmativo, el coordinador confirmará verbalmente que estas imágenes se encuentren en el quirófano y estén claramente visibles para su uso durante la cirugía. Solo después de esta verificación se marcará la casilla correspondiente. Si se necesitan imágenes, pero no están disponibles, se deben obtener antes de

proceder. La decisión de operar o no sin el respaldo de estas imágenes cuando sean necesarias, pero no estén disponibles será tomada por el cirujano, y esta decisión se registrará en el apartado de OBSERVACIONES. Además, otros resultados importantes que deben estar disponibles en la Historia Clínica incluyen biopsias preoperatorias críticas, resultados de laboratorio y estudios de coagulación. Si alguno de estos elementos es necesario, pero no está disponible, el cirujano decidirá si proceder con la cirugía y se dejará constancia de la ausencia de estos estudios en el apartado de observaciones. En cuanto a la verificación de riesgos o hemorragias: En esta etapa, el coordinador consultará al cirujano acerca de la posibilidad de que el paciente pueda perder más de medio litro de sangre durante la operación, con el objetivo de asegurarse de que se reconozca este riesgo y se esté preparado para abordarlo. La pérdida de sangre en grandes cantidades es uno de los peligros más frecuentes y graves para los pacientes sometidos a cirugía, y el riesgo de choque hipovolémico aumenta cuando la pérdida de sangre supera los 500 ml (7 ml/kg en niños). Una preparación adecuada y la reanimación pueden mitigar en gran medida las posibles consecuencias. En ocasiones, los cirujanos pueden no comunicar de manera sistemática el riesgo de hemorragia al anestesiólogo y al personal de instrumentación. Si el anestesiólogo tiene conocimiento de un riesgo de hemorragia, debe discutirlo con el cirujano antes de administrar la anestesia. Si existe un riesgo de pérdida de sangre superior a 500 ml, se recomienda que se coloquen al menos dos líneas intravenosas de calibre grande o un catéter venoso central antes de realizar la incisión cutánea. Además, el equipo debe verificar la disponibilidad de líquidos o sangre para la reanimación. Durante la etapa de “Pausa quirúrgica”, el cirujano llevará a cabo una revisión adicional de la posibilidad de hemorragia, lo que proporciona un segundo nivel de seguridad para el anestesiólogo y el personal de instrumentación quirúrgica. Por otro lado, el instrumentador circulante, debe verificar los siguientes puntos: Verificación de materiales protésicos necesarios: El circulante

verifica la disponibilidad de los implantes esenciales, como mallas o prótesis, y su estado. Este procedimiento se lleva a cabo en presencia del cirujano o de otro miembro del equipo quirúrgico. La casilla correspondiente se marca después de verificar este aspecto. El siguiente paso es la confirmación de esterilidad de instrumental. Luego, chequeo del correcto funcionamiento de todos los equipos necesarios: El miembro del equipo encargado de preparar el instrumental y los equipos necesarios para la cirugía debe confirmar de manera verbal que estos elementos han sido esterilizados y que los indicadores de esterilidad se han verificado. Cualquier discrepancia entre los resultados esperados y los resultados reales de los indicadores de esterilidad debe ser comunicada a los miembros del equipo y resolverse antes de proceder a la incisión. Este momento también brinda la oportunidad de discutir cualquier problema relacionado con el instrumental, equipos u otros preparativos para la cirugía, así como abordar cualquier inquietud sobre la seguridad que puedan tener el instrumentista o el miembro del equipo de circulación. Esto es especialmente relevante para las preguntas no abordadas previamente por el cirujano y el equipo de anestesia. Si no hay problemas o preguntas especiales, el instrumentista puede simplemente decir: “Esterilidad confirmada. Sin dudas al respecto”. La persona encargada de coordinar la lista de verificación debe firmar y colocar su sello una vez que se hayan completado todos los ítems de este período de implementación del instrumento. En la Pausa quirúrgica, el circulante debe confirmar: Que todos los miembros del equipo quirúrgico están presentes. Que todos los miembros se hayan presentado por su nombre y función. Los equipos quirúrgicos pueden experimentar cambios frecuentes en sus miembros. El circulante tiene la responsabilidad de asegurarse de que todos los miembros estén presentes en el quirófano. Para gestionar eficazmente situaciones de alto riesgo, es fundamental que todos los miembros se conozcan y comprendan sus roles y capacidades. Esto se logra mediante una breve presentación. El coordinador de la lista solicitará a cada persona

en el quirófano que se identifique por su nombre y función. Si el equipo ya está familiarizado entre sí, pueden confirmar que se conocen mutuamente. Sin embargo, los nuevos miembros del equipo o personas que ingresaron al quirófano después de la última operación, incluidos estudiantes y otro personal, deben presentarse personalmente. Una vez completado este paso, se marcarán los elementos correspondientes en la lista de verificación. Justo antes de realizar la incisión cutánea, el equipo debe realizar una pausa para confirmar de manera verbal que están realizando la cirugía correcta en el paciente correcto y en el lugar correcto. Luego, cada miembro revisará los elementos críticos de su plan para la intervención, utilizando las preguntas de la lista de comprobación como guía. Luego, cirujano, anestesista y circulante deben confirmar: Identidad del paciente; sitio quirúrgico; procedimiento. Este momento corresponde a la “Pausa quirúrgica” convencional y cumple con las regulaciones de muchos organismos de normativa internacional. Antes de que el cirujano realice la incisión cutánea, el coordinador de la lista solicitará a todos los presentes que se detengan y confirmen verbalmente varios aspectos clave: el nombre del paciente, el tipo de intervención que se llevará a cabo, su ubicación anatómica y, si es relevante, la posición en la que debe colocarse. Por ejemplo, el circulante podría decir: Vamos a realizar la pausa quirúrgica. ¿Todos estamos de acuerdo en que este es el paciente X, que se someterá a una cirugía de hernia inguinal derecha? La casilla correspondiente en la lista de verificación no se marcará hasta que el anestesista, el cirujano y el circulante hayan confirmado de manera explícita e individual que están de acuerdo con la información proporcionada. El Chequeo de control de decúbito y fijación del paciente: En algunas cirugías, es necesario posicionar a los pacientes de manera específica para evitar lesiones por presión, como parálisis nerviosas por compresión, úlceras, lesiones oculares, entre otras complicaciones. Este aspecto implica realizar una verificación verbal y, en caso necesario, ajustar la posición del paciente y su sujeción para garantizar la seguridad durante la

operación antes de marcar el ítem correspondiente en la lista de verificación. Por otro lado, la previsión de eventos críticos: La comunicación efectiva entre todos los miembros del equipo quirúrgico desempeña un papel fundamental en la seguridad de la cirugía, la eficiencia en el trabajo en equipo y la prevención de complicaciones graves. Durante la pausa quirúrgica, el coordinador de la lista facilitará una breve conversación entre el cirujano, el anestesista y el personal de instrumentación para abordar los principales riesgos y los planes quirúrgicos. Para llevar a cabo esta comunicación, el coordinador puede plantear preguntas específicas a cada miembro del equipo en voz alta. El orden en que se realice la conversación no es crucial, pero la casilla correspondiente en la lista de verificación solo se marcará después de que cada disciplina clínica haya compartido su información. En casos de procedimientos rutinarios o en los que todo el equipo está familiarizado, el cirujano puede simplemente anunciar: “Este es un caso rutinario de [nombre del procedimiento] con una duración estimada de [duración estimada del procedimiento]” y luego preguntar al anestesista y al personal de instrumentación si tienen alguna preocupación específica. Junto al equipo, el cirujano revisa en voz alta: Pasos críticos de la operación. Posibles imprevistos. Pérdidas de sangre prevista. El propósito fundamental al discutir los “pasos críticos” es asegurarse de que todos los integrantes del equipo estén al tanto de cualquier acción que pueda poner al paciente en peligro, como hemorragias graves, lesiones o riesgos significativos para su salud. Además, esta conversación brinda la ocasión de repasar cualquier paso que pueda necesitar equipamiento especial, implantes o preparativos específicos. Después de revisar todos estos aspectos con el equipo, se procederá a marcar la casilla correspondiente. El anestesista debe revisar junto al equipo, en voz alta posibles problemas específicos que pueda presentar el paciente: Cuando se trata de pacientes que enfrentan un riesgo significativo de hemorragia grave, inestabilidad hemodinámica u otras complicaciones graves durante el procedimiento, un miembro

del equipo de anestesia debe comunicar en voz alta los planes y problemas específicos relacionados con la reanimación, incluyendo la posible necesidad de transfusión de sangre, así como cualquier condición médica preexistente que pueda complicar la situación, como enfermedades cardíacas, pulmonares, arritmias o trastornos hematológicos, por ejemplo. Es importante señalar que muchas cirugías no involucran riesgos ni problemas críticos que deban compartirse con el equipo. En tales situaciones, el anestesista puede simplemente decir: “Este paciente no presenta problemas especiales”. La persona responsable del listado de verificación debe firmar y poner su sello una vez que se hayan abordado todos los ítems de este período del procedimiento. Hasta aquí se completa la pausa quirúrgica, el equipo está listo para iniciar la operación. La fase de “Salida” puede iniciarla el circulante, el cirujano o el anestesista, y debe llevarse a cabo antes de que el cirujano abandone el quirófano. Una vez más, las casillas sólo se marcarán cuando el coordinador haya confirmado que el equipo ha abordado cada punto de la lista. El circulante debe confirmar antes de que el paciente salga del quirófano: Previa al cierre de la herida quirúrgica, el nombre del procedimiento realizado: debido a que el procedimiento podría haber experimentado modificaciones o extensiones durante la operación, el coordinador de la lista verificará con el cirujano y el resto del equipo el procedimiento exacto que se haya realizado. El recuento del instrumental, gasas, y agujas: El circulante y el instrumentador realizan conjuntamente el recuento de los materiales antes de que comience la intervención quirúrgica, marcando así el punto de partida para los recuentos posteriores dentro del quirófano. El instrumentador lleva a cabo la verificación de todos los objetos colocados en la mesa estéril. El Circulante registra de inmediato la cantidad de cada tipo de material en el documento de recuento; tener formularios impresos puede facilitar este proceso. El proceso de recuento se divide en tres áreas distintas y se lleva a cabo en tres momentos específicos: antes del cierre de una cavidad, antes del cierre de una incisión grande

y profunda. Recuento del campo: En este caso, el cirujano o su ayudante colaboran con el instrumentador para contar los elementos en el campo quirúrgico. Recuento de la mesa: El instrumentador se encarga de contar los materiales dispuestos sobre la mesa de instrumentos. Recuento del suelo: El Circulante realiza el recuento de los materiales que han sido retirados de los lebrillos correspondientes a los elementos que salieron del campo estéril. Estos materiales también son verificados por el instrumentador. El Circulante suma los recuentos realizados en el campo, en la mesa y en los lebrillos. Si no se encuentran diferencias, se informa al cirujano que los recuentos son correctos. Algunas consideraciones generales incluyen: Si se omite un recuento debido a una urgencia extrema, se debe documentar esta omisión según los procedimientos institucionales. Si se retiene intencionalmente una compresa para rellenar o si algún instrumental debe permanecer junto al paciente, también se debe documentar. La responsabilidad de llevar a cabo los recuentos recae en el Circulante y el instrumentador, quienes son los encargados de realizar estos procedimientos. En caso de un recuento incorrecto, se deben seguir las normas y procedimientos establecidos por cada institución. Algunas recomendaciones incluyen: Informar de inmediato al cirujano. Repetir el recuento completo. Revisar el campo quirúrgico y la herida. Inspeccionar recipientes de residuos, áreas bajo los muebles, cestos de lavandería, etc. Informar al superior inmediato para que verifique el recuento. Si, después de agotar todas las opciones de búsqueda, el material no se encuentra, las normas sugieren realizar una radiografía al paciente antes de abandonar el quirófano. En caso de un recuento incorrecto, no se debe completar el ítem correspondiente y se debe documentar el incidente en el apartado de observaciones del listado de verificación, en el parte quirúrgico y en la Historia Clínica del paciente. Se deben detallar todas las acciones realizadas para localizar el material extraviado, incluso si este ha sido identificado mediante radiografía. El circulante debe confirmar que el rotulado de las muestras es correcto: Los

errores en la rotulación de las muestras anatomopatológicas y microbiológicas pueden tener graves consecuencias para el paciente y son una fuente conocida de errores en los laboratorios. Para evitar esto, el circulante verificará que todas las muestras anatomopatológicas recopiladas durante la intervención estén correctamente etiquetadas. Esto se logrará leyendo en voz alta el nombre del paciente, describiendo la muestra y proporcionando cualquier información adicional relevante que deba figurar en la etiqueta. El circulante se asegura de que se haya llevado a cabo una comunicación verbal con el equipo para verificar si se han identificado problemas relacionados con el instrumental y los equipos durante la cirugía: Es común que surjan problemas relacionados con el equipo en los quirófanos. Identificar estos fallos y el instrumental o equipos que no hayan funcionado correctamente es crucial para evitar su reutilización antes de resolver el problema. El coordinador de la lista debe asegurarse de que se identifiquen los problemas relacionados con el instrumental y los equipos que hayan surgido durante la intervención. El cirujano, el anestesista y el enfermero repasan los aspectos fundamentales de la recuperación y el cuidado del paciente después de la cirugía, incluyendo las instrucciones postoperatorias: El cirujano, el anestesista y el enfermero repasarán el plan de tratamiento y cuidados posteriores a la cirugía, prestando atención a las cuestiones relacionadas con la cirugía y la anestesia que puedan afectar al paciente durante su recuperación. Se enfocarán especialmente en eventos que representen un riesgo específico para el paciente en el periodo postoperatorio y que quizás no sean evidentes para todos los involucrados. El propósito de esta acción es asegurar una comunicación eficaz y completa dentro del equipo de atención. Otro punto importante es el registro por escrito de la medicación que se administrará al paciente después de la cirugía. Control de normativa post operatoria: El traspaso escrito de la medicación postoperatoria debe cumplir con las normativas legales vigentes. Es importante tener en cuenta que la temperatura corporal de los pacientes puede disminuir en aproximadamente 1 a

1.5 grados Celsius durante la primera hora de anestesia general. La anestesia regional también puede causar hipotermia central. La hipotermia intraoperatoria puede tener efectos perjudiciales, como la alteración de la función inmunológica debido a la destrucción oxidativa por parte de los neutrófilos, lo que resulta en una vasoconstricción dérmica y una disminución del flujo sanguíneo en el sitio quirúrgico. Esto puede aumentar el riesgo de infección en el sitio quirúrgico (ISQ) debido a la disminución de la tensión de oxígeno en los tejidos. Otros efectos adversos de la hipotermia intraoperatoria incluyen la reducción de la función plaquetaria, escalofríos, activación del sistema nervioso simpático y posibles eventos cardíacos adversos. Antes de la salida del quirófano, se debe realizar parte quirúrgico completo, y parte anestésico completo: La realización de un parte quirúrgico y anestésico completo es fundamental para garantizar el adecuado control del paciente y facilitar la vigilancia epidemiológica de Infecciones de Sitio Quirúrgico (ISQ). Por lo tanto, estas partes deben completarse antes de que el paciente salga del quirófano. La inclusión de estos puntos en el listado de verificación se debe a la gran importancia que tiene la vigilancia de las intervenciones quirúrgicas. Esto permite el seguimiento de indicadores, su evaluación y análisis, y proporciona a cada institución la capacidad de intervenir de manera oportuna y adecuada basándose en datos concretos. Con la implementación de esta última medida, se concluye la lista de verificación de seguridad. (Ministerio de Salud, 2012, p.5-7)

En la mayoría de las instituciones de salud, es el enfermero circulante quien lleva a cabo este procedimiento del Check-list, con la finalidad de mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas; esta lista de verificación consta de tres fases distintas: antes de la inducción de la anestesia, antes de realizar la incisión quirúrgica y antes de que el paciente salga del quirófano. Estas fases se utilizan como momentos críticos para verificar y garantizar la seguridad del procedimiento quirúrgico. En la etapa preoperatoria, se pueden tomar medidas importantes, como

asegurarse de obtener el consentimiento informado del paciente, verificar su identidad y la ubicación anatómica de la operación, así como confirmar el procedimiento que se llevará a cabo. Además, se debe comprobar la seguridad del equipo de anestesia y la medicación, y preparar adecuadamente los eventos intraoperatorios. Durante la fase operatoria, es esencial garantizar un resultado satisfactorio de la intervención quirúrgica mediante el uso prudente de antibióticos, disponibilidad de técnicas de imagen esenciales, monitorización adecuada del paciente, eficiente trabajo en equipo, competencia en anestesia y cirugía, precisión en la técnica quirúrgica y comunicación efectiva entre los miembros del equipo, incluyendo cirujanos, anestesistas y personal de enfermería. En la fase postoperatoria, la claridad en el plan de cuidados, la comprensión adecuada de los eventos intraoperatorios y el compromiso para mejorar la calidad son elementos que pueden contribuir significativamente a la atención quirúrgica, promoviendo la seguridad del paciente y mejorando los resultados en general. (Lucumi, et al. 2019, p. 36)

Para utilizar adecuadamente la Lista de Verificación Quirúrgica se requiere que una sola persona la dirija, generalmente una enfermera circulante como ya se ha mencionado, aunque cualquier miembro del equipo quirúrgico que participe en la intervención puede completarla. La LVQ se divide en tres momentos, conocidos como entrada, parada quirúrgica y salida, y en cada uno de ellos se revisan distintos aspectos. (Brousse, 2020, p. 8)

La primera fase es la denominada entrada, que corresponde al período previo a la inducción de la anestesia. En este momento, deben estar presentes el anestesista y el personal de enfermería, y si es posible, el cirujano. En esta etapa, es fundamental verificar lo siguiente: La identidad del paciente: El coordinador debe asegurarse de verificar de manera verbal con el paciente su identidad, el tipo de procedimiento planeado y la ubicación de la cirugía. Aunque pueda parecer repetitivo, este paso es fundamental para garantizar que el equipo quirúrgico no intervenga en el

paciente equivocado, en una ubicación incorrecta o con un procedimiento erróneo. En situaciones donde no sea posible la confirmación por parte del paciente, como en el caso de un niño o un paciente incapacitado, un tutor o miembro de la familia puede asumir esta responsabilidad; La ubicación anatómica de la intervención; El procedimiento que se llevará a cabo; La existencia de un consentimiento informado de la operación debidamente firmado: Verificar que el paciente (o el representante del paciente) ha otorgado su consentimiento para someterse a la cirugía y la anestesia. Por otro lado, la delimitación de la zona a operar (si es necesario): El coordinador de la lista de chequeo debe asegurarse de que el cirujano que lleva a cabo la intervención quirúrgica haya marcado el sitio de la cirugía, generalmente utilizando un rotulador permanente. Esto es especialmente importante cuando se trata de procedimientos que involucran lateralidad (para distinguir entre derecha e izquierda) o múltiples estructuras o niveles (como un dedo específico de la mano o del pie, una lesión en la piel o una vértebra). Y la revisión de la seguridad anestésica, incluyendo la comprobación de los equipos de anestesia y los instrumentos antes de la inducción: El coordinador completará esta etapa consultando al anestesista sobre la verificación de los controles de seguridad de la anestesia, que involucra una inspección formal de los equipos anestésicos, instrumentación y medicamentos específicos en cada caso. Para recordar todos los elementos a verificar, se utiliza el acrónimo ABCDE:

Airway equipment: se verifica el equipo relacionado con la vía aérea.

Breathing system: se evalúa el sistema de respiración, que incluye oxígeno y agentes inhalatorios.

Suction: se comprueba la aspiración.

Drugs and **D**evelopes: se verifica la disponibilidad y funcionamiento de las drogas y dispositivos.

Emergency medications: se asegura la disponibilidad de medicamentos de emergencia y otros equipos relacionados. El funcionamiento adecuado y la correcta colocación del pulsioxímetro: El coordinador de la lista de verificación verificará antes de la inducción anestésica que el paciente tenga el pulsioxímetro colocado y que esté funcionando correctamente. Además, se asegurará de que la lectura del pulsioxímetro sea visible para todo el equipo en el quirófano. En caso de ser posible, se recomienda utilizar sistemas audibles de alarma para monitorizar la frecuencia cardíaca y la saturación de oxígeno. También se verificará con el anesthesiólogo la presencia de riesgo de hemorragia durante la cirugía, posibles dificultades en el acceso a la vía aérea, alergias conocidas del paciente y la confirmación de la adecuada preparación de los equipos de anestesia y medicamentos. Otros aspectos a considerar es que el coordinador de la lista de verificación debe preguntar al anestesista si el paciente tiene alergias conocidas, incluso si ya se conoce la respuesta, con el propósito de confirmar que el anestesista está consciente de cualquier alergia que pueda representar un riesgo para el paciente. Además, debe confirmar con el anestesista si el paciente presenta alguna dificultad en la vía aérea. Es esencial que esta evaluación sea objetiva, y se pueden utilizar diferentes métodos de clasificación de la vía aérea, como la escala de Mallampati o la distancia tiromentoniana. Lo que importa más que el método utilizado es que la evaluación sea válida. Si la evaluación indica un alto riesgo de dificultad en la vía aérea, deben tomarse precauciones adecuadas, como ajustar el enfoque de la anestesia o preparar un equipo de emergencia. En pacientes con dificultades de la vía aérea reconocidas, esta casilla se marcará solo después de que el anestesista confirme que cuenta con el nivel de asistencia necesario junto al paciente una vez iniciada la anestesia. También, debe consultar si el paciente tiene riesgo de perder más de medio litro de sangre durante la cirugía. Esta pregunta tiene como objetivo asegurar que se reconozca y prepare para un evento crítico como una pérdida de sangre significativa. En casos de

pacientes con un riesgo importante de pérdida de sangre, se recomienda tener al menos dos accesos intravenosos de gran calibre. Esto es fundamental, ya que la falta de un acceso intravenoso adecuado en situaciones de reanimación podría poner en peligro la vida del paciente en caso de una pérdida de sangre superior a medio litro. La segunda parte de la Lista de Verificación Quirúrgica es la fase de la parada quirúrgica que abarca el período desde la inducción de la anestesia hasta la incisión quirúrgica. En esta etapa, es necesario que estén presentes el anestesiólogo, el personal de enfermería y el cirujano, y se deben verificar los siguientes aspectos: La presentación de cada integrante del equipo encargado de llevar a cabo la intervención quirúrgica; La confirmación de que se realizará la operación en el paciente adecuado y en la ubicación anatómica correcta; La identificación de las responsabilidades de cada miembro del equipo durante la operación. Hasta aquí, inmediatamente antes de que el cirujano realice la incisión en la piel, la persona encargada de coordinar la lista de chequeo, o cualquier otro miembro del equipo, solicitará que se detengan todos los procedimientos en el quirófano. Luego, confirmará verbalmente el nombre del paciente, el tipo de cirugía que se realizará, la ubicación de la misma y la posición en la que se encuentra el paciente. Esto se hace para evitar que se intervenga a un paciente equivocado o en una ubicación incorrecta. La enfermera circulante, por ejemplo, podría anunciar: Vamos a realizar una pausa y luego continuar con: ¿Están todos de acuerdo en que este paciente, llamado X, se someterá a una reparación de hernia inguinal derecha en posición supina? Esta casilla no debe marcarse hasta que el anestesista, el cirujano y la enfermera circulante, de manera individual y explícita, confirmen que están de acuerdo. Si el paciente no está sedado, también es útil que confirme esta información. La administración oportuna del antibiótico profiláctico dentro de la hora previa a la cirugía: La administración de profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos se verifica durante la pausa quirúrgica (Time Out). Si no se ha administrado la

profilaxis antibiótica, se debe administrar antes de realizar la incisión. En el caso de que la profilaxis antibiótica se haya administrado hace más de 60 minutos, el equipo puede decidir si es necesario repetir la dosis. La casilla debe dejarse en blanco si no se administra una dosis adicional. En situaciones en las que no se considere apropiada la profilaxis antibiótica (por ejemplo, en cirugías sin incisión cutánea o en casos de contaminación que requieran otro tratamiento antibiótico), se puede marcar la casilla “No aplica” después de que el equipo confirme esto verbalmente. La verificación de que las imágenes necesarias para la cirugía se visualicen de manera adecuada: Durante la “Pausa quirúrgica” (Time Out), se verifica si son necesarias imágenes esenciales para la intervención, especialmente en procedimientos ortopédicos/vertebrales y resección de tumores. El coordinador preguntará al cirujano si se requieren imágenes y, en caso afirmativo, confirmará verbalmente que estas imágenes están disponibles en el quirófano y pueden mostrarse claramente para su utilización durante la cirugía. Si no se necesitan imágenes, se marcará la casilla “No aplica”. En esta fase de la cirugía, la comunicación efectiva entre los miembros del equipo es fundamental. Es esencial que se reconozcan las preocupaciones o inquietudes de cada uno de ellos. Además, en este momento se deben confirmar otras consideraciones de seguridad, que suelen ser establecidas por cada institución de salud. Durante la “Pausa quirúrgica” el coordinador de la lista de verificación quirúrgica facilitará una rápida discusión entre el cirujano, el anestesista y el personal de enfermería sobre posibles riesgos críticos y planes de la intervención. Esta discusión puede iniciarse simplemente preguntando en voz alta a cada miembro del equipo si tienen alguna preocupación o consideración específica. El orden de la discusión no es crucial, pero se procederá a marcar cada casilla de verificación solo después de que todos los miembros del equipo hayan compartido sus aportes. En procedimientos rutinarios o conocidos por todo el equipo, el cirujano

puede indicar que se trata de un caso estándar con una duración previsible y luego preguntar al anestesista y a la enfermera si tienen alguna inquietud o consideración especial. Además, en esta etapa, el cirujano revisa aspectos críticos, tales como los pasos inesperados o cruciales, la duración de la operación y la posible pérdida de sangre. Durante esta revisión, se asegura de informar a los demás miembros del equipo sobre cualquier paso que pueda poner en peligro al paciente, como una pérdida rápida de sangre, una lesión u otra complicación seria. Además, se aprovecha esta oportunidad para analizar aquellos pasos que podrían requerir una preparación especial o equipos específicos. El anestesista, por su parte, se encarga de revisar si existen planes de resucitación o consideraciones especiales para el paciente. En casos en los que el paciente corre riesgo de sufrir una pérdida significativa de sangre, inestabilidad hemodinámica u otras complicaciones graves relacionadas con el procedimiento, el anestesista revisa y comunica en voz alta el plan de reanimación, el uso de productos sanguíneos y cualquier complicación, característica o comorbilidad del paciente, como enfermedades cardíacas, respiratorias o arritmias. Es importante destacar que en muchas cirugías no existen riesgos particulares o precauciones que deban compartirse con el equipo. En estos casos, el anestesista puede simplemente informar que no hay precauciones especiales en este caso. La enfermera, finalmente, repasa aspectos relacionados con la esterilidad, el estado del equipamiento y otras precauciones concernientes al paciente. La enfermera instrumentista confirma de manera verbal el indicador de esterilización, asegurándose de que el instrumental esté adecuadamente esterilizado. También se brinda la oportunidad de discutir cualquier problema relacionado con el equipamiento u otros preparativos para la cirugía, así como cualquier otra precaución en materia de seguridad que la enfermera instrumentista o la enfermera circulante puedan identificar, especialmente aquellas que no hayan sido abordadas por el cirujano o el anestesista. Si no existen precauciones especiales, la enfermera instrumentista

puede declarar que la esterilización ha sido verificada y no se requieren precauciones especiales. El equipo quirúrgico también debe considerar la inclusión de otras verificaciones de seguridad específicas para determinados procedimientos. La finalidad es aprovechar la "Pausa quirúrgica" como una oportunidad para asegurarse de que las medidas críticas de seguridad se han llevado a cabo de manera consistente. Antes de iniciar la "Pausa quirúrgica", es aconsejable que cada individuo en el quirófano se presente verbalmente, mencionando su nombre y su función durante la intervención. Las medidas adicionales podrían abarcar la confirmación de la profilaxis para prevenir la trombosis venosa, incluyendo el uso de métodos mecánicos, como balones y medias de compresión secuencial, y/o medidas farmacológicas, como la administración de heparina cuando sea apropiado. También se debe verificar la disponibilidad de implantes esenciales, como mallas o prótesis, y revisar los resultados de biopsias preoperatorias, análisis de laboratorio o el grupo sanguíneo del paciente, según corresponda. Con estas verificaciones adicionales realizadas, se puede considerar que la "Pausa quirúrgica" ha concluido, y el equipo está listo para proceder con la intervención. Por último, en la etapa de salida, que es el período de cierre de la incisión quirúrgica, deben estar presentes el anestesista, la enfermera y el cirujano. La fase de Salida (Sign out) debe concluir antes de retirar el campo estéril. Puede ser iniciada por cualquier miembro del equipo quirúrgico, ya sea la enfermera circulante, el cirujano o el anestesista, y preferiblemente se lleva a cabo durante los últimos preparativos de cierre de la herida y antes de que el cirujano abandone el quirófano. En esta etapa, el cirujano, el anestesista y la enfermera deben repasar los eventos críticos que ocurrieron durante la operación (especialmente aquellos que podrían no ser evidentes para todos los demás miembros del equipo), revisar el plan de atención postoperatoria y confirmar que el espécimen ha sido etiquetado adecuadamente y que el recuento de gasas e instrumentos es preciso. Cada casilla se marca solo después de que cada persona haya revisado

todos los aspectos de su parte en la verificación de la Salida en voz alta. En esta etapa se debe verificar que la operación haya sido realizada de acuerdo con lo planeado; El recuento preciso de gasas e instrumentos para evitar dejarlos en el paciente; La correcta clasificación de las muestras biológicas recogidas durante la operación; Cualquier problema o incidente relacionado con los instrumentos o equipos durante la intervención, así como eventos intraoperatorios importantes; Los planes relacionados con drenajes, sondajes, catéteres, apósitos y otros aspectos; El tratamiento posterior a la cirugía y la recuperación del paciente; El inicio del tratamiento profiláctico de la enfermedad tromboembólica si es necesario. El cirujano revisa con todo el equipo lo siguiente: El procedimiento exacto que se ha realizado, considerando si hubo cambios o ampliaciones en el procedimiento debido a hallazgos intraoperatorios o dificultades técnicas; Eventos intraoperatorios importantes, que abarcan cualquier suceso durante la cirugía que podría poner en riesgo al paciente o aumentar los riesgos en el postoperatorio. Esto podría incluir hallazgos inesperados como infecciones o tumores, lesiones en nervios, vasos sanguíneos u órganos, o precauciones relacionadas con la técnica quirúrgica empleada en el caso, como anastomosis; El plan postoperatorio, especialmente las instrucciones relacionadas con el cuidado de la herida, el uso de drenajes, las especificaciones sobre la medicación y otros aspectos del tratamiento y atención del paciente que podrían no ser evidentes para todos los involucrados. Si el procedimiento se desarrolló de manera rutinaria y siguió el plan previsto, el cirujano puede simplemente afirmar que “Este ha sido un procedimiento de rutina y no hay precauciones especiales”. El anestesista revisa con todo el equipo los siguientes aspectos: Eventos intraoperatorios importantes, centrándose en aquellos relacionados con la anestesia, especialmente los que podrían no ser evidentes para todos los miembros del equipo. Estos eventos pueden abarcar situaciones como la hipotensión, alteraciones en el ritmo o frecuencia cardíaca y problemas relacionados con la vía aérea, los fluidos

o los accesos intravenosos; El plan de recuperación postoperatoria, incluyendo cualquier recomendación adicional que el anestesista pueda agregar. Si no se han producido eventos críticos ni se han añadido precauciones al plan de recuperación, el anestesista puede simplemente afirmar que “La anestesia ha sido rutinaria y no hay precauciones especiales”. Por su parte, la enfermera revisa con todo el equipo los siguientes aspectos: El recuento final de gases e instrumental; La identificación de muestras biológicas, incluyendo el nombre del paciente y una descripción de la muestra; Los eventos intraoperatorios importantes y el plan de recuperación. La arsenalera o la pabellonera confirma verbalmente que se ha completado el recuento final de gases e instrumental. La enfermera verifica la identificación de las muestras biológicas recogidas durante el procedimiento, proporcionando en voz alta el nombre del paciente y descripción de la muestra, además de cualquier marca orientativa. La pabellonera y/o la arsenalera revisan en voz alta con el equipo cualquier evento intraoperatorio importante o consideraciones para la recuperación que no hayan sido mencionados por otros miembros del equipo. Y a si se da por finalizado este procedimiento. Antes de avanzar a cada una de las fases, es esencial permitir que la persona encargada de completar la Lista de Verificación Quirúrgica confirme que el equipo encargado de realizar la operación ha llevado a cabo las tareas requeridas. Además, se proporciona un espacio designado para informar o comunicar problemas o incidentes que no cuenten con un ítem específico en la Lista de Verificación Quirúrgica, con el propósito de prevenir su recurrencia en futuras intervenciones. (Brousse, 2020, p. 9-13)

Es importante tener en cuenta que todos estos aspectos son importantes para la seguridad quirúrgica. La seguridad quirúrgica abarca las medidas implementadas antes, durante y después de las cirugías con el propósito de prevenir posibles complicaciones posteriores. Esto incluye la prevención de infecciones en las heridas quirúrgicas, donde se ha comprobado la eficacia de la

administración de profilaxis antibiótica en el preoperatorio, así como la importancia de una esterilización efectiva del instrumental. Sin embargo, es importante destacar que estos procedimientos no se aplican de manera consistente en la práctica. Asimismo, se ha observado que el riesgo de incidentes durante la anestesia es significativamente menor, hasta cuarenta veces menor. Otro punto importante, es la conformación del equipo quirúrgico. Cuando el paciente entra al quirófano, ya se encuentra presente el equipo de profesionales que participarán en la intervención. El cirujano, como profesional principal, se encarga de llevar a cabo la intervención y asume responsabilidades como la valoración médica preoperatoria, la ejecución de la técnica operatoria y la definición del tratamiento postoperatorio del paciente. El cirujano ayudante colabora con el cirujano principal en la realización de la intervención. La enfermera circulante es responsable de llevar a cabo funciones de enfermería no estériles en el quirófano. Por otro lado, la enfermera instrumentista se encarga de realizar las tareas relacionadas con técnicas que requieren esterilización en el quirófano. Desempeñan labores de instrumentación y colaboran directamente con el equipo quirúrgico, asegurando la asepsia y esterilidad de los materiales e instrumentos, además de preservar la integridad y seguridad del campo quirúrgico. El equipo de quirófano también incluye al anestesista, cuya participación es crucial en la administración de la anestesia. Dependiendo del número de enfermeras en el quirófano, las tareas relacionadas con la anestesia pueden ser realizadas por la misma enfermera circulante o por una tercera profesional designada como enfermera de anestesia o enfermera de soporte. La elección depende de las necesidades específicas del paciente y del procedimiento quirúrgico. En algunos casos, puede ser necesario contar con otros miembros del equipo quirúrgico o de servicios de apoyo, como auxiliares de enfermería, celadores, técnicos, radiólogos, anatomopatólogos, entre otros, para brindar asistencia durante la cirugía. Estos profesionales desempeñan roles adicionales según las exigencias de la

intervención quirúrgica. Es fundamental reconocer y valorar los roles desempeñados por cada miembro del equipo quirúrgico, ya que todos contribuyen directamente a la seguridad y el bienestar del paciente durante el procedimiento. La prioridad principal es garantizar la seguridad del paciente al identificar y mitigar cualquier factor de riesgo. La gestión efectiva de los tiempos es esencial para lograr una atención quirúrgica precisa y segura. Esto implica asegurarse de que se mantenga una vía aérea despejada para el paciente y aplicar adecuadamente técnicas de asepsia y antisepsia para minimizar la presencia de microorganismos en el área quirúrgica. La esterilidad del campo quirúrgico es crucial, y se deben tomar precauciones adicionales para prevenir la contaminación, lo que podría dar lugar a infecciones. La colaboración y comunicación efectivas entre los miembros del equipo son esenciales para llevar a cabo estos procedimientos con precisión y seguridad, y para minimizar cualquier riesgo que pueda surgir durante la cirugía. Aquí entra en juego también, los principios de bioseguridad. La Bioseguridad engloba una serie de regulaciones y prácticas destinadas a salvaguardar tanto el entorno general como la seguridad de aquellos que trabajan, son atendidos o visitan lugares donde se manejan componentes físicos, químicos o biológicos, especialmente aquellos que pueden causar daño debido a su capacidad infecciosa o su potencial contaminante, como la sangre y los fluidos corporales. Teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos son los enfermeros circulantes los encargados del LVQ, una función esencial de la enfermería es la aplicación de medidas de bioseguridad, las cuales están estrechamente relacionadas con la seguridad del paciente y su incorporación en programas de prevención y control de las infecciones nosocomiales, además de una vigilancia constante. Esto implica que los profesionales de enfermería deben estar familiarizados con las enfermedades infecciosas específicas presentes en cada institución de salud, llevar a cabo investigaciones epidemiológicas para identificar sus causas y establecer medidas de prevención y control. El cuidado seguro del

paciente depende de la comprensión de las vías de transmisión, la implementación de métodos efectivos de control y, a lo largo del tiempo, la enfermería ha desempeñado un papel fundamental en el manejo de las infecciones. La bioseguridad es la aplicación de conocimientos, técnicas y equipamientos con el propósito de prevenir la exposición de personas, áreas hospitalarias y el medio ambiente a agentes infecciosos o considerados de riesgo biológico. Entre los principios fundamentales de la bioseguridad se encuentra: Universalidad: Estas medidas se aplican a todos, incluyendo pacientes, profesionales y personal de todos los servicios. Todos deben seguir las precauciones necesarias durante su jornada de trabajo para prevenir la exposición de la piel y las membranas mucosas al contacto con sangre u otros fluidos corporales del paciente, sin importar si tienen o no una enfermedad contagiosa. Por otro lado, el uso de barreras protectoras: Esto implica evitar el contacto directo con sangre y otros fluidos orgánicos contaminados, utilizando equipos de protección personal con el fin de prevenir accidentes y reducir la posibilidad de contraer una infección no deseada. La eliminación de material contaminado incluye procedimientos adecuados para desechar los materiales utilizados en la atención de pacientes de manera segura. Estos materiales se colocan en recipientes específicos para su eliminación de tal manera que no causen daño ni propaguen infecciones. Existen factores de riesgo relacionados con la transmisión de agentes infecciosos, la cantidad de agentes infecciosos presentes en el entorno puede influir en la probabilidad de infección. (Palma Zárate, 2023, p. 17-21)

Para desarrollar este estudio, se tomarán como base la teoría del cuidado humano también conocida como el cuidado de humanización, desarrollada por la teórica Jean Watson. La autora propone, un fuerte énfasis en relación de cuidado entre el profesional de la salud y el paciente, promoviendo la atención holística y la comunicación efectiva. Bajo estos lineamientos, se

contemplará también la relación establecida entre el nivel de la información y la aplicación de la Lista de Verificación Quirúrgica; y su influencia en la seguridad y el bienestar del paciente.

El acto de cuidar es fundamental en la naturaleza humana y surge de la necesidad de asistir a otros que requieren ayuda. Esta conexión con el otro individuo es esencial en el contexto de enfermería. Los profesionales de enfermería brindan cuidados que están planificados, estructurados y dirigidos a satisfacer las necesidades de otros seres humanos con el objetivo de fomentar y mantener la salud. (Watson, 2007)

Materiales y Métodos

Tipo de estudio

Esta investigación se realizará mediante un enfoque cuantitativo, definido por Sampieri et al (2014), como un enfoque que se centra en el análisis numérico y estadístico de las variables involucradas en el tema de estudio, de manera que sea posible establecer relaciones causales y amplias generalizaciones. Se centra en cuantificar la recopilación y el análisis de datos. En su etapa de planificación se realizará la selección de variables de estudio, delimitación del problema, formulación de la hipótesis, formulación del objetivo general y específicos. Sobre esta base se selecciona y construye los instrumentos de recolección de datos y las decisiones para el estudio o diseño a realizar; también cómo se analizaron los datos. A partir de la etapa de ejecución, se comenzará con la recolección de datos en el campo de estudio para su posterior análisis de resultados.

El tipo del estudio será observacional ya que no habrá manipulación intencional de las variables por parte de la investigadora, es decir, se describirá el fenómeno tal como ocurre en su medio natural, en este caso determinar la relación existente entre el nivel de información acerca del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ) y su aplicación, según la categoría profesional del equipo quirúrgico. Esta metodología permitirá observar directamente y de manera no intrusiva el comportamiento del equipo quirúrgico en su ambiente natural y durante situaciones reales de atención quirúrgica.

Será descriptiva ya que se indaga la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población. Está dirigido a determinar “como es” o “como está” la situación de las variables que se estudian en una población; la presencia o ausencia de ellas; la frecuencia con que ocurre un fenómeno debido a que se obtendrá información detallada y precisa sobre el nivel de

información sobre el Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ) y su aplicación en el equipo quirúrgico según la categoría profesional en la institución privada seleccionada. Además, permite identificar patrones, tendencias y relaciones entre las variables de interés de la presente investigación, sin establecer relaciones causales, aunque pudiendo sugerir asociación entre ellas.

Para la recolección de datos, el mismo se llevará a cabo durante el primer bimestre del año 2024, permitiendo así recopilar información en tiempo real para dar respuesta a los objetivos planteados. Por otro lado, considerando que se pretende medir el nivel de información acerca del LVQ y su aplicación en diferentes momentos del proceso quirúrgico (entrada, pausa quirúrgica y salida), los instrumentos serán aplicados en cada una de estas etapas, de tal manera que se pueda recopilar datos específicos. Teniendo en cuenta esto, el diseño que se utilizará será longitudinal, ya que al realizar mediciones en tres momentos clave del proceso quirúrgico (entrada, pausa quirúrgica y salida del paciente). Asimismo, se ha seleccionado un tipo de estudio prospectivo, lo que implicará la recolección de datos en tiempo real mientras los eventos quirúrgicos ocurren. Al obtener información durante el primer bimestre del año 2024, se sigue el desarrollo de los procedimientos quirúrgicos a medida que se llevan a cabo.

Sitio y Contexto de la investigación

El sitio y contexto de la investigación corresponde a un hospital privado, ubicado en la zona céntrica de la Ciudad de Rosario, en el servicio de Quirófano.

Los criterios de elegibilidad serán:

- El espacio físico: en primer lugar, será necesario contar con una infraestructura quirúrgica adecuada que incluya quirófanos bien equipados y en óptimas condiciones. Estos quirófanos deben estar diseñados para garantizar la seguridad y eficiencia en la realización de procedimientos quirúrgicos. Además, es fundamental que el espacio físico cumpla con todas las

normativas y protocolos establecidos a nivel local y nacional para el funcionamiento de una institución quirúrgica, asegurando así la calidad y seguridad de la atención médica brindada. Asimismo, la infraestructura debe contar con acceso a tecnología médica actualizada y los recursos necesarios para llevar a cabo los procedimientos quirúrgicos y aplicar el Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ). Es importante que se cuente con todo el equipo necesario para llevar a cabo el procedimiento. También, los ambientes deben estar diseñados de manera que se resguarde la intimidad de los pacientes y del equipo quirúrgico. Esto es fundamental para cumplir con los estándares éticos y legales y para brindar un ambiente seguro y respetuoso para todos los involucrados.

- La presencia de la población con sus características: el grupo de profesionales del equipo quirúrgico debe poseer habilidades y antigüedad laboral no menor a 1 año. Al enfocarnos en médicos cirujanos, enfermeros especializados en cirugía, anestesiólogos, instrumentadores. Además, la presencia activa de estos profesionales en los procedimientos quirúrgicos durante el primer bimestre del año 2024 en la institución privada seleccionada asegurará la obtención de datos relevantes y representativos de la realidad quirúrgica en ese contexto específico. Asimismo, se requerirá el consentimiento informado de los participantes.

- La presencia de las variables de estudio: las variables de estudio son el nivel de información acerca del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ) y su aplicación en el equipo quirúrgico según la categoría profesional en los procedimientos quirúrgicos durante el primer bimestre del año 2024 en la institución privada de la ciudad de Rosario.

- La viabilidad y factibilidad de ser realizada, por lo que será necesario obtener la autorización de los directivos de la institución, a los cuales se presentará lo que se pretende con la investigación, sus objetivos, propósito y beneficios.

Descripción del sitio

Luego de aplicar la guía de convalidación de sitio, correspondiente al primer control de validez interna, donde se realizó una serie de preguntas al jefe del sector con el fin de identificar las características propias del lugar.

Acorde a los resultados obtenidos, la siguiente investigación se llevará a cabo en un hospital del ámbito privado, donde se realizó un estudio exploratorio de sitio con previa autorización del jefe de sector.

El hospital privado, es una institución ubicada en una zona céntrica de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe. La institución autoriza la realización de esta investigación sobre el nivel de información y aplicación del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ) en el equipo quirúrgico. El mismo está conformado por 22 instrumentadores quirúrgicos de planta permanente, y aproximadamente 38 profesionales médicos, residentes, enfermeros circulantes, médicos de staff, médicos invitados y el cuerpo de anesthesiólogos del holding.

La antigüedad promedio mínima de los que conforman el equipo de quirófano es de 4 años; las actividades relacionadas con el LVQ son registradas correctamente en las historias clínicas de los pacientes mediante el uso de historial clínico informatizado, contando con los instrumentos necesarios para llevar a cabo el check-list; el servicio quirúrgico cuenta con reportes y cuadernos de novedades para documentar la aplicación del LVQ por parte del personal; Se realizan actualizaciones periódicas para informar y capacitar al personal del equipo quirúrgico sobre el LVQ según lo establece la OMS; la institución establece estándares de calidad para los cuidados quirúrgicos que incluyen la aplicación del LVQ por parte del personal, como por ejemplo existen políticas, y protocolos específicos que indican cómo y cuándo se debe aplicar el LVQ durante el proceso quirúrgico, estableciendo responsabilidades del personal en su implementación y el

seguimiento de los procedimientos. Los protocolos establecidos para el check-list están verificados por el comité de calidad y seguridad del holding, y son actualizados bajo normativas y recomendaciones de la OMS. La institución dispone de los recursos materiales necesarios y suficiente para llevar a cabo el LVQ de manera efectiva por parte del personal del equipo quirúrgico, incluyendo cinco quirófanos equipados con tecnología médica avanzada.

Población y muestra

La población en estudio estará conformada aproximadamente por un total de 60 participantes; los mismos conforman el equipo quirúrgico del Hospital Privado de Rosario. Debido a que el tamaño de la población es reducido no será necesario extraer una muestra y se tomará la población en su totalidad ya que será factible de ser medida y abordada.

Las unidades de análisis serán cada uno de los individuos que conforman el equipo quirúrgico del área quirúrgica de la institución que reúnen los criterios de inclusión y exclusión, determinando el segundo control de validez interna.

A. Criterios de inclusión:

- Personal de enfermería circulante, médicos cirujanos, anestesistas, residentes e instrumentadoras quirúrgicas que formen parte del equipo quirúrgico.
- Personal quirúrgico en planta permanente mayor a seis meses de antigüedad en el servicio.

B. Criterios de exclusión:

- Personal del equipo quirúrgico que cubran guardias de forma temporal o que no asistan con cierta regularidad a los procedimientos quirúrgicos.
- Personal que no esté directamente vinculado con la implementación del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ).

Las posibles amenazas a tener en cuenta que serán controladas son: mortalidad, regresión, compensación, presencia de variables enmascaradas; para controlar estos factores serán: para la mortalidad: donde los participantes puedan abandonar el estudio, el control a realizar es un reclutamiento de nuevos participantes; para la regresión: seleccionar participantes que tengan puntuaciones extremas y que no se mida su valor real, es fundamental especificar los criterios tanto para la excluir como incluir sujetos al estudio; para la compensación: que los participantes perciban que no reciben nada, el control será proveer de beneficios a los participantes; para la presencia de variables enmascaradas: variables que influya en la variable independiente, el control será establecer minuciosamente los criterios de inclusión y exclusión de las unidades de análisis.

Validez externa: al trabajar con la población total, los resultados de la investigación podrán ser generalizados solo a la población de estudio. Es importante aquí reconocer las limitaciones existentes en la generalización de los resultados de esta investigación ya que se realizará solo en una institución y no se realizará muestreo probabilístico. Los resultados obtenidos durante el primer bimestre del año 2024 pueden no reflejar cambios o evoluciones en la aplicación del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ) en períodos posteriores. A pesar de trabajar con la población total y controlar cuidadosamente las amenazas en el estudio, es esencial reconocer estas limitaciones y abordarlas con transparencia al interpretar los resultados.

Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Las técnica e instrumento de recolección de datos, fueron elegidas en función de las variables de estudio, de la población que se abordará y el abordaje metodológico seleccionado. Las variables se medirán aplicando una técnica de recolección de datos para toda la población seleccionada, esta medición se realizará a través de un instrumento correspondiente, que permitirá registrar cuantitativamente los indicadores definidos en la operacionalización de las variables.

Cada uno de ellos se convertirán en una pregunta con opciones de respuestas, que luego serán codificadas, permitiendo el ordenamiento de los datos y analizarlos.

Para la medición de la variable, nivel de información acerca del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ), y la variable categoría profesional, la técnica será la encuesta. El instrumento será un cuestionario creado por la autora del presente proyecto con soporte en la LVQ creada por la OMS y el grupo holding. La misma consta de 28 ítems, una pequeña introducción explicativa sobre la forma en que debe completarse. Estas preguntas serán cerradas, con opciones de respuestas múltiple choice respecto a cada dimensión, y sus respectivos indicadores, que se ha especificado para la primera variable, antes de la inducción de la anestesia (Entrada), previa a la incisión en piel (pausa quirúrgica) y antes de la salida del paciente (salida) (ver anexo II).

Como ventajas de utilizar esta técnica e instrumento en primer lugar, son fáciles de codificar, y analizar, ahorran tiempo al no desarrollarse respuestas, conseguir datos relevantes, y todo el equipo quirúrgico podrá responder según su criterio, garantiza eficiencia en la recopilación de datos, al permitir la obtención de información de un número sustancial de participantes en un periodo breve. Además, al utilizar un cuestionario estandarizado, se asegura uniformidad en la recopilación de respuestas, minimizando la probabilidad de sesgos derivados de variaciones en la formulación de preguntas. A su vez, los participantes pueden sentirse más a gusto dado que no están bajo observación directa. Además, el cuestionario resulta propicio para el análisis eficaz de respuestas cuantitativas, posibilitando la implementación de técnicas estadísticas para detectar pautas y tendencias en los datos. Por otro lado, como desventaja, surge la posibilidad de que algunos participantes podrían ofrecer respuestas superficiales o simplificadas, pueden omitir gran cantidad de detalles al no poder expresar las respuestas. Asimismo, si las preguntas no se formulan

de manera clara y precisa, podrían suscitar interpretaciones erróneas y respuestas inconsistentes, afectando la calidad de los datos obtenidos.

Para la medición de la variable aplicación del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ), la técnica será la observación, la cual permitirá la recolección de datos de manera sistemática y estructurada en relación a las prácticas que realizan quienes conforman el equipo quirúrgico, antes durante y después de una cirugía. El instrumento será el Check-list donde la información de los datos será a través de preguntas cerradas con opciones de respuestas dicotómicas (Ver anexo II).

La observación directa se realizará antes, durante y después de una intervención quirúrgica. El instrumento que se utilizará es una adaptación a este estudio validado, confiable y estandarizado por la OMS y el grupo holding. Esta lista de cotejo se expondrá en forma de cuadro con 60 preguntas determinadas por los indicadores de las dimensiones de cada variable con respuestas dicotómicas (Si) (No), (Observaciones) y sus respectivas indicaciones de llenado. La observación permitirá datos más objetivos, la ventaja es que el estudio se realiza en el momento en que ocurren los hechos, es decir antes, durante y posterior a una intervención quirúrgica, es sencilla, de bajo presupuesto, sin intermediarios, la información se recoge tal como se da; y la desventaja es que puede ocurrir situaciones que influyan en las emociones o sentimientos de la observadora pudiendo de esta manera alterar los resultados. Las respuestas dicotómicas permiten que los datos sean fácilmente medibles y cuantificables, son breves y de fácil comprensión. La confiabilidad del instrumento, determinará el grado de consistencia y coherencia de los resultados, y la validez, el grado que el instrumento mide lo que se pretende medir.

Las debilidades a tener en cuenta en la observación, es que lo que se observará esté atravesado por el pensar y sentir del observador y distorsione la información de lo recolectado, que el observador interrumpa el proceso. Debido a esto, y como tercer control de validez interna,

se realizó la prueba piloto para el instrumento en una población de similares características a la del estudio y que no formarán parte del mismo.

Las amenazas posibles serán: inestabilidad de instrumento, administración de pruebas, instrumentación, condiciones ambientales. Para controlar estos factores se realizará: para la inestabilidad del instrumento: que representa poca o nula confiabilidad del instrumento, el control será elaborar un instrumento estable y confiable; para la administración de pruebas: que la aplicación de una prueba influya en las respuestas de los individuos, el control será realizar una prueba piloto en una muestra diferente a la recolección definitiva para la instrumentación: que las pruebas o instrumentos aplicados a la población total no sean equivalentes, el control será administrar la misma a todos los individuos.

Resultados de la prueba piloto

Como prueba preliminar para la aplicación del instrumento, con la finalidad de identificar aspectos que pudieran resultar pocos claros en el momento de su administración, se realizó la prueba piloto, en el servicio de cirugía ambulatoria del mismo holding, con previa autorización del jefe de sector. Para estos participantes se realizó una explicación del proyecto, los objetivos de las investigaciones y la relevancia de la información solicitada, en un tiempo de 8 minutos, previo consentimiento informado se realizó una observación directa, con una lista de cotejo a cargo de la autora de este estudio, además, se les brindó a los participantes un cuestionario, que permitió valorar la funcionalidad del instrumento y su aplicación de tal manera que se pudieran realizar modificaciones si fuera necesario antes de su ejecución.

Los participantes seleccionados, pertenecían al servicio de cirugía ambulatoria del mismo holding, a los cuales se les entregó el cuestionario, y se realizó la observación mediante el Checklist.

Esta prueba permitió conocer que no fue necesario introducir modificaciones en los instrumentos; el llenado del instrumento fue correcto y adecuado, y el tiempo también. La duración del cuestionario fue de 15 minutos, mientras que la observación duró 40 minutos. Contando con estos resultados se considera que se podrá aplicar ambos instrumentos a la población total del estudio del proyecto de investigación. Los resultados de la prueba piloto demostraron que las preguntas estaban bien formuladas y claras, el ordenamiento y la presentación eran coherentes, las opciones de respuestas eran adecuadas para medir las variables en estudio y las instrucciones de llenado eran suficientemente precisas. Además, se confirmó que el entorno de aplicación garantizaba condiciones óptimas para la respuesta.

Procedimientos de recolección de datos

La recolección de datos estará a cargo de la autora de este proyecto, se cuidará la validez de los datos recogidos al permanecer en el lugar en el que se desarrollan los hechos, sin intervenir, ni alterar el ambiente, ni lo observado en la transcripción de los mismos. El procedimiento de recolección de datos se llevará a cabo en un hospital privado; el cuestionario será entregado por el investigador a cada participante luego de firmar el consentimiento informado. Dicho cuestionario será aplicado el día 9 de enero del año 2024, en el horario de 8:30 hs. de la mañana. Se estima una duración de 15 a 20 minutos para que los participantes completen el cuestionario en su totalidad. La investigadora una vez que haya entregado el cuestionario y explicado el procedimiento del mismo, permanecerá presente el tiempo necesario que conlleve la aplicación del cuestionario en cada participante, por si se generan dudas o inquietud ante alguna pregunta.

En cuanto a la observación, una vez obtenido el permiso correspondiente, se llevará cabo el día 15 de febrero del año 2024, en el horario de 7 de la mañana. Para tal fin se llevará impreso

el check-list. La observación se realizará en las tres fases definidas en el LVQ, entrada, pausa quirúrgica, y salida.

Consideraciones Éticas

La Resolución 1840/2011 establece 8 aspectos éticos a tener en cuenta para la investigación en salud humana destinadas a orientar a los investigadores durante la planificación y ejecución de los estudios y a miembros de comités de ética en investigación para la evaluación de los proyectos. Estos aspectos serán tenidos en cuenta en el presente estudio:

1. ***Justificación ética y validez científica:*** la justificación ética se basa en la importancia de abordar el problema de investigación y los beneficios potenciales que puede generar para la sociedad. La validez científica se garantiza mediante la revisión exhaustiva de la literatura existente, la adopción de un enfoque metodológico riguroso y la utilización de herramientas y técnicas apropiadas para la recolección y análisis de datos en este estudio.

2. ***Evaluación ética y científica:*** La evaluación ética y científica es esencial para asegurar que la investigación se realice de manera ética y que los resultados sean válidos y confiables. Para ello se obtendrá la aprobación de un comité de ética de la investigación o la revisión por pares garantiza que el estudio cumpla con los estándares éticos y científicos aceptados.

3. ***Consentimiento informado:*** teniendo en cuenta los derechos y el respeto hacia la autonomía de los participantes en el estudio, el consentimiento informado es fundamental. Se proporcionará un consentimiento informado claro y comprensible que garantice que los participantes estén plenamente informados sobre los objetivos, procedimientos, beneficios y riesgos de la investigación, y puedan tomar una decisión informada sobre su participación.

4. ***Beneficio y riesgos de la investigación:*** Identificar y comunicar claramente los beneficios esperados de la investigación ayuda a motivar la participación de los sujetos y muestra

la relevancia de la investigación para la sociedad. La evaluación y mitigación de los riesgos asociados con la investigación demuestra un compromiso con el bienestar y la seguridad de los participantes.

5. ***Selección de los participantes:*** Establecer criterios claros y objetivos para la selección de los participantes garantiza que la muestra sea representativa y que no se produzcan sesgos injustos. Además, considerar la protección de los participantes vulnerables y obtener el consentimiento adecuado de los representantes legales cuando corresponda, asegura su participación ética y segura en la investigación.

6. ***Confidencialidad de la información:*** garantizar la confidencialidad de la información recopilada protege la privacidad de los participantes y cumple con los principios éticos de respeto y protección de los datos personales. Por tanto, se establecen medidas de seguridad adecuadas para proteger los datos y limitar el acceso solo a los investigadores autorizados contribuye a la integridad de la investigación.

7. ***Conflicto de intereses:*** identificar y divulgar cualquier conflicto de intereses potencial evita cualquier influencia indebida en la investigación y asegura la transparencia y objetividad de los resultados. Por tanto, se implementan medidas para mitigar o eliminar los conflictos de intereses lo que muestra un compromiso con la integridad y la imparcialidad de la investigación.

8. ***Manejo de datos y resultados:*** mantener un registro detallado de la investigación y presentar los resultados de manera precisa y transparente evita la manipulación de los datos y la tergiversación de los hallazgos. En este caso se compartirán los datos de investigación de manera responsable, cumpliendo con las regulaciones aplicables y respetando los derechos de propiedad intelectual, promoviendo la reproducibilidad y el avance del conocimiento científico.

Plan de Análisis

En esta etapa de planificación se determinará la forma y manera en que se llevará a cabo la recolección de datos, y luego de la etapa de ejecución, serán analizados los mismos.

Finalizada la actividad de campo, aplicando el instrumento y con previa codificación, se realizará el agrupamiento de los datos que serán transferidos a una matriz. Se utilizará el programa de análisis de datos Excel, y los mismos serán volcados a tablas, para una mayor comprensión de los resultados.

Los datos serán organizados y se utilizará la estadística descriptiva mediante las pruebas estadísticas como las medidas de tendencia central, moda, mediana promedio, distribución de frecuencia, lo cual será representado en gráficos de barras y gráficos circulares, específicamente las respuestas recopiladas a través del cuestionario utilizando la escala de medición dicotómicas.

Para la primera variable, nivel de información acerca del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ), se utilizará las estadísticas descriptivas como frecuencias y porcentajes, para resumir estas respuestas, ya que los datos para esta variable serán recogidos por medio de encuestas con opciones múltiple choice.

Para la segunda variable, aplicación del LVQ, primero, se procederá a tabular los datos obtenidos de la encuesta como de la observación, donde cada indicador de la LVQ tendrá dos opciones de respuesta: “Sí” o “No”. A continuación, se calculará la frecuencia de respuestas “Sí” y “No” para cada indicador, lo que permitirá conocer la cantidad de veces que se cumple o no se cumple cada elemento del listado. Posteriormente, se realizará un análisis cualitativo para complementar la información cuantitativa, observando las observaciones detalladas en las listas de cotejo para comprender mejor el cumplimiento de los indicadores. Asimismo, se compararán los resultados con los estándares y guías establecidas en la LVQ para identificar desviaciones. Para

la variable “Categoría profesional del equipo quirúrgico” contemplará inicialmente la obtención de la distribución de frecuencias para cada categoría, lo que permitirá visualizar la proporción de cada rol dentro del equipo quirúrgico. Para determinar si existe alguna asociación significativa entre la categoría profesional y otras variables categóricas en el estudio, se emplearán pruebas estadísticas como la prueba de Chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher.

El tipo de análisis será bivariado y desde la base de datos se cruzarán en tablas dinámicas determinando la relación entre las variables.

Para determinar la relación entre las variables cualitativas complejas, se realizará la reconstrucción de las mismas por medio de un proceso de codificación y tabulación de las respuestas para luego construir tablas de contingencia cruzando las respuestas de cada variable. En este caso, las variables cualitativas serán transformadas en datos codificados para permitir el análisis cuantitativo. Estas tablas de contingencia posibilitarán analizar la distribución conjunta de las respuestas de todas las variables, lo que a su vez permite identificar posibles patrones o tendencias y evaluar si existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables.

Primero, se llevará a cabo un análisis detallado de la relación entre las respuestas proporcionadas en una encuesta de tipo múltiple choice y los resultados obtenidos mediante la lista de cotejo con respuestas dicotómicas. Luego se construirá una tabla de contingencia que permitirá visualizar y cuantificar la distribución conjunta de respuestas en ambas fuentes de datos. Esta tabla servirá como una herramienta fundamental para identificar patrones y relaciones, y se utilizarán pruebas estadísticas apropiadas, como la prueba chi-cuadrado, para determinar la significancia de cualquier asociación identificada entre las variables.

La tabulación de los datos obtenidos de la medición de la variable nivel de información acerca del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ), que adopta una escala de medición nominal, sus indicadores serán codificados asignando los siguientes valores:

- Correcta = 1
- Incorrecta = 0

Dicha variable se encuentra constituida por 28 indicadores, ante esto, se podrá obtener un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 28 puntos. La misma se reconstruirá con la siguiente escala: de 0 a 9 puntos= bajo nivel de información acerca del LVQ; de 10 a 18= medio nivel de información acerca del LVQ; y de 19 a 28 alto nivel de información acerca del LVQ.

Luego se reconstruirá cada dimensión quedando establecida de la siguiente manera:

- ✓ Antes de la inducción de la anestesia (Entrada): Podrá obtener puntuaciones de 0 a 14.

Alto nivel de información: 10 a 14

Medio nivel de información: 5 a 9

Bajo nivel de información: 0 a 4

- ✓ Previa a la incisión en piel (pausa quirúrgica): podrá obtener puntuaciones de 0 a 7.

Alto nivel de información: 6 a 7

Medio nivel de información: 3 a 5

Bajo nivel de información: 0 a 2

- ✓ Antes de la salida del paciente (salida): podrá obtener puntuaciones de 0 a 7.

Alto nivel de información: 6 a 7

Medio nivel de información: 3 a 5

Bajo nivel de información: 0 a 2

Variable 2: Aplicación del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ)

La tabulación de los datos obtenidos de la medición de la variable aplicación del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ), que adopta una escala de medición nominal, sus indicadores serán codificados asignando los siguientes valores:

- Aplica = 1
- No aplica = 2

Dicha variable se encuentra constituida por 28 indicadores, ante esto, se podrá obtener un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 28 puntos. La misma se reconstruirá con la siguiente escala: de 0 a 27 puntos= no aplica el LVQ; y de 28 = aplica el LVQ.

Luego se reconstruirá cada dimensión quedando establecida de la siguiente manera:

- ✓ Antes de la inducción de la anestesia (Entrada):

Aplicación insuficiente: 0 a 4.

Aplicación deficiente: 5 a 9

Aplicación suficiente: 10 a 14.

- ✓ Previa a la incisión en piel (pausa quirúrgica):

Aplicación insuficiente: 0 a 2.

Aplicación deficiente: 3 a 5

Aplicación suficiente: 6 a 7.

- ✓ Antes de la salida del paciente (salida):

Aplicación insuficiente: 0 a 2.

Aplicación deficiente: 3 a 5

Aplicación suficiente: 6 a 7.

Variable 3: Categoría profesional del equipo quirúrgico

Para esta variable de escala de medición nominal, sus indicadores serán codificados asignando los siguientes valores:

- Enfermera/a = 4
- Médico/a (cirujano-anestesiista) = 3
- Residente= 2
- Instrumentadora: 1

El análisis será realizado de la siguiente manera:

Además, al interpretar los resultados, se podrá analizar la distribución de los participantes en cada categoría profesional y determinar si hay diferencias significativas en la aplicación del LVQ o en el nivel de información según la categoría profesional, a través de la utilización del coeficiente de correlación de Sparman, donde se evaluará la relación de orden entre las categorías profesional y las demás variables establecidas, estableciendo relación entre ellas.

Al finalizar el análisis y la interpretación de los datos se procederá a la elaboración de la discusión y conclusión, culminando con la redacción del informe final.

Cronograma de actividades y plan de trabajo

De acuerdo al siguiente cronograma de trabajo, se detallan el tiempo para las correspondientes actividades del proyecto:

Tabla 1

Cronograma de actividades.

Actividades	Meses													
	Oct.	Nov.		Dic.		En.		Feb.		Mar.		Abr.		
	2º quinc	1º quinc	2º quinc	1º quinc	2º quinc	1º quinc	2º quinc	1º quinc	2º quinc	1º quinc	2º quinc	1º quinc	2º quinc	
Relevamiento bibliográfico														
Selección de muestra para prueba piloto														
Realización de la prueba piloto														
Revisión y correcciones correspondientes														
Aplicación del cuestionario y check-list														
Procesamiento y análisis de datos														
Elaboración del primer informe borrador														
Revisión del informe														
Elaboración final del informe														

Fuente: elaboración propia.

Referencias bibliográficas

- Alva-García, C; Contreras-Mejía, A. A; Hernández-Vargas, S; Sánchez-Martínez, D; Cuevas-Cansino, J. J; y Barrera-Gálvez, R. (2021). El impacto del llenado de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía por parte del personal de enfermería y prevención de errores en el área de quirófano. *Publicación semestral*, 10 (20), 148-152.
- <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/7529/8969>
- Alves Santos E., Domínguez; N. A., & Appoloni, A. H. E. (2019). Lista de verificación de seguridad quirúrgica: conocimientos y desafíos para el equipo del centro quirúrgico. *Revista Enfermería actual en Costa Rica*, (38).
- <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i38.37285>
- Benner P. (2000). The Wisdom of Our Practice. *American Journal of Nursing*, 100(10):99-105.
- Blanco Quintana, R. M., Mora Pérez, Y., Bosi de Souza Magnago, T. S., Navarro Martiatu, L. M., Sánchez García, Z. T., & Iglesias Armenteros, A. L. (2023). Modelo del queso suizo para el sustento de la cultura de seguridad del paciente en un hospital. *MediSur*, 21(4), 858-864. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2023000400858&script=sci_arttext&tlng=en
- Bravo Gómez, M. A., Arboleda de Pérez, L. B., Arguello, D. K., Becerra Moreno, X., Peñaranda Vega, M., Oyola Naranjo, D. J., & Rivera Carvajal, R. (2020). Cultura de seguridad en profesionales del quirófano en una institución de atención materno

infantil. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(1), 1-21.

<https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3155/545>

Brousse, T. L. (2020). Instructivo uso de la lista de chequeo para cirugía.

http://200.72.129.100/transparencia/transparencia_activa/documentos/deptoCalidad/Instructivo_uso_lista_de_chequeo_para_cirugia_segura_dic_2011.pdf

Cabral, D.B., Pereira, M.L., Fernandes, M.S., Fincão, S., Kuczmainski, A.G., & Korb, A.

(2021). Criterios auditables para la implementación de mejores prácticas en el cumplimiento de la lista de verificación quirúrgica. *Acta Paul Enferm*, 34, 1-10.

<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00515>

Cabrera F; Frías D; Yonda W. (2019). Adherencia a lista de verificación de cirugía segura

por parte de enfermería con base en la teoría de Patricia Benner. *Revista Navarra*

Médica 5(1), 30-39.

<https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/navarramedica/article/view/192/92>

Chávez, F. E. D., Alarcón, F. L. I. J., & Carrasco, T. R. M. (2020). Experiencias de

enfermeras quirúrgicas en la aplicación de la lista de verificación cirugía segura,

Chota. " SER, SABER Y HACER DE ENFERMERÍA", 1(1), 78-86.

<http://revistas2.unprg.edu.pe/ojs/index.php/RFE/article/view/382>

Concha-Torre, A., Alonso, Y. D., Blanco, S. Á., Allende, A. V., Mayordomo-Colunga, J.,

& Barrio, B. F. (2020, August). Las listas de verificación: ¿una ayuda o una

molestia? In *Anales de Pediatría* 93, (2) pp. 135-e1.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403320301879>

Contreras, M.; Aragón Escalona, Y.; Larrinaga Zúñiga, M. R.; y Gilbert Peñalver, M. J.

(2022). Lista de verificación para la calidad del proceso quirúrgico. *Cardiocentro*

Pediátrico

William

Soler.

<https://congresosenfermeriacubana.sld.cu/index.php/enfermeria22/2022/paper/viewFile/532/273>

Delgado F; Jáuregui F; Muro T. (2020). Experiencia de enfermeras quirúrgicas en la aplicación de la lista de verificación cirugía segura, Chota. *Ser, saber y hacer de Enfermería*, 1(1), 78-86.

<http://revistas2.unprg.edu.pe/ojs/index.php/RFE/article/view/382>

Do Prado, M. F; y Galvão, C. M. (2020). Proceso de implementación del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica: revisión integrativa. *Revista latinoamericana de Enfermagem*, 2-11.

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/jcvSxc9YSXqCZ9TFbqVTWvt/?format=pdf&lang=es>

Domingo, L., Sala, M., Miret, C., Montero-Moraga, J. M., Lasso de la Vega, C., Comas, M., & Castells, X. (2022). Percepciones del personal de enfermería, cirugía y anestesia sobre el uso y beneficios del listado de verificación quirúrgica en un hospital universitario. *Journal of healthcare Quality Research*, 37 (1), 52-59.

<https://www.elsevier.es/en-revista-journal-healthcare-quality-research-257-articulo-perceptions-from-nurses-surgeons-anesthetists-S2603647921000646>

Esteban, L. E., Muñoz, P. B., Ercilla, M. P. C., Ruiz, A. G., Gormaz, R. P., & Hernández, D. M. (2022). Los listados de verificación quirúrgica. Del papel a la práctica. *Revista Sanitaria de investigación*, 3(9), 405.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8656704>

- Fojo, M. D. L. C. R., Tizón-Bouza, E., & Pesado-Cartelle, J. Á. (2021). Evaluación del conocimiento de los profesionales sanitarios de quirófano sobre el listado de verificación quirúrgica en el área sanitaria de Ferrol. *Revista Ene de Enfermería*, 15(3). <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1201>
- Fridrich, Imhof, y Schwappach. (2022). Compliance with the surgical safety checklist in Switzerland: An observational multicenter study based on self-reported data. *Patient Safety in Surgery*, 16(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s13037-022-00327-8>
- González, R. R., Breña, R. M. G., & Peña, R. T. (2018). Gestión integrada de seguridad del paciente y calidad en servicios de salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(2), 315-324. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=83203>
- González-Salas, R. (2022). El rol de la enfermería de los cuidados en la UCI desde un enfoque humanizador. *Revista Multidisciplinaria Perspectivas Investigativas/Multidisciplinary Journal Investigative Perspectives*, 2(2), 2-12.
- Grande, R. M. R., Colas, T. S., Hernández, A. M., Alejandre, A. J., Sánchez, M. I. M., & Medrano, C. B. (2021). “Error evitado, vida salvada”. Lista de verificación quirúrgica. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(5), 133. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8067400>
- Guizado Tello, CL (2020). Atención humanizada que ofrece el profesional de enfermería según la teoría de Jean Watson en el servicio de urgencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue Lima, 2019. [Tesis de grado, Universidad Nacional Federico Villareal]. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4249>

- Gutiérrez, A. G., & Gómez, G. P. (2019). Cirugía. Tomo I. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 30(2). <http://www.ecimed.sld.cu/2005/01/01/904/>
- Hermosilla Ávila, Alicia, Mendoza Llanos, Rodolfo, & Contreras Contreras, Sonia. (2016). Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. *Index de Enfermería*, 25(4), 273-277. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000300011&lng=es&tlng=es.
- Hernández Barraza, E. D. J. (2022). Descripción de las mejores prácticas de seguridad del paciente en procedimientos quirúrgicos en el marco de la estrategia de cirugía segura: una revisión de la literatura. <https://repository.urosario.edu.co/items/93892c1d-d555-4263-b7d0-1f0a920bd9b9>
- Hernández Sampieri, R. H., Collado, C. F., y Lucio, P. B. (2014). Metodología de la investigación (5th ed.). México: McGraw Hill.
- Lucumi F.E, Frías Andrade D.M, Yonda Perdomo W.A. (2019). Adherencia a lista de verificación de cirugía segura por parte de enfermería. *Rev. Navar Medica*, 5(1):30-9. <https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/navarramedica/article/view/192>
- Mayorga-Ponce, R. B., Mota-Velázquez, U. I., Gayosso-Islas, E., & Castillo-Alvarado, J. (2019). Paciente quirúrgico: Lista de verificación de cirugía segura. *Educación Y Salud Boletín Científico Instituto De Ciencias De La Salud Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo*, 7(14), 14-16. <https://doi.org/10.29057/icsa.v7i14.4504>
- Ministerio de Salud (2012). Resolución 28/2012. Apruébense el Listado de Verificación para la Cirugía Segura y su manual de uso e instrucciones. <https://e-legislar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/18959.html>

- Moreno-alemán, J. (2013). Seguridad del paciente en el área quirúrgica: aspectos jurídicos positivos de la implantación del check-list o lista de verificación quirúrgica. *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, (8), 162-181. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4524511>
- Nieto, M. L. S., Spinardi, P., Dandolini, M. M., da Silva, B. B., Tsumanuma, F., Andrade, F. A., & Nisihara, R. (2022). Dificultades en la implementación de un protocolo de cirugía segura en Sudamérica: Una revisión sistemática. *Archivos de medicina*, 18(6), 3. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8540252>
- Palomino Sahuíña, M. L., Machuca Quispe, M. M., & Munayco Mendieta, J. R. (2020). Relación entre aplicación y utilidad de la lista de verificación de cirugía segura. *Revista cubana de enfermería*, 36(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192020000400005&script=sci_arttext&tlng=pt
- Palma Zárate, J. (2023). *Principios fundamentales de la Bioseguridad*. INSPILIP.
- Ramos, A. P., De Antón, R. M., Guidi, E., Delor, S. M., Lupica, L., Fraiz, V. B., Fidel, D., Arena, S., & Arribalzaga, E. B. (2020). Implementación del listado de verificación preoperatorio de enfermería para cirugía segura. *Journal*, 5(8), 792-805. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3386>
- Ramos, P. A; Anton, R; Arribalzaga, E; Delor, S; Fraiz, V; y Sarotto, L. (2020). COVID-19: nueva lista de verificación de cirugía segura. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5 (7), 721-725. <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n7/2529-850X-jonnpr-5-07-721.pdf>

- Ramos, P. A; Anton, R; Arribalzaga, E; y Sarotto, L. (2020). Pandemia COVID-19. Planificación del área quirúrgica e implementación de nuevo listado de verificación para cirugía segura en un hospital universitario. *Revista Argentina de Cirugía*, 112 (3), 257-265. <http://www.scielo.org.ar/pdf/racir/v112n3/2250-639X-racir-112-03-257.pdf>
- Ramos, A. P., De Antón, R. M., Guidi, E., Delor, S. M., Lupica, L., Fraiz, V. B., ... & Arribalzaga, E. B. (2020). Implementación del listado de verificación preoperatorio de enfermería para cirugía segura. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(8), 792-805. <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n8/2529-850X-jonnpr-5-08-792.pdf>
- Rebollar, E. R., García Palacios, M. V., Fernández Mangas, M. C., Arroyo Fernández, M. J., Márquez Rodríguez, C. M., Carnota Martín, A. I., Morales Guerrero, J. & Torres Morera, L.M. (2019). Safety First: diseño de un checklist anestésico en pediatría. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 66(9), 459-466. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-anestesiologia-reanimacion-344-articulo-safety-first-diseno-un-checklist-S0034935619301306>
- Reynaldo Padilla, D. M. (2020). *Dirección estratégica en la seguridad del paciente en un hospital de Lima, 2019*. [Tesis de grado, Universidad Cesar Vallejos]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/44911>
- Riera Vázquez, N. A., Gutiérrez Alba, G., Reyes Morales, H., Pavón León, P., Gogeochea Trejo, M. C., & Muños Hernández, J. (2022). Eventos adversos y acciones esenciales para la seguridad del paciente. *Journal of Healthcare Quality Research*, 37(4), 239-246. <https://www.elsevier.es/en-revista-journal-healthcare->

[quality-research-257-articulo-eventos-adversos-acciones-esenciales-seguridad-S2603647921001159](https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-percepcion-profesionales-sobre-utilizacion-utilidad-S1134282X11000625)

Rodrigo Rincona, M. I., Tirapu León, B., Zabalza López, A., Martín Vizcaino, M. P., de La Fuente Calixto, A., Villalgordo Ortín, P., Domench Mañero, L., & Gost Garde, J. (2021). Percepción de los profesionales sobre la utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(6), 380-385.

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-percepcion-profesionales-sobre-utilizacion-utilidad-S1134282X11000625>

Russo Fojo, M., Tizón Bouza, E., & Pesado Cartelle, J. Á. (2021). Evaluación del conocimiento de los profesionales sanitarios de quirófano sobre el listado de verificación quirúrgica en el área sanitaria de Ferrol. *Ene*, 15(3), 1-17.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2021000300006

San Mateo, M. C., García, N. M., Milian, D., Untilova, T. S., Pastor, S. S., & Gracia, L. S. (2023). Importancia de la seguridad del paciente quirúrgico. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(3), 82. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8908559>

Sepúlveda Plata, M. C., López Romero, L. A., González, S. B. (2021). Cumplimiento de la lista de verificación de seguridad de la cirugía en un hospital de Santander. Un estudio de corte trasversal. *Revista Cuidarte*, 12(3), 2-17.

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2122>

Thomé, A. R. C. S., Bernardo, T. H. L., da Silva Araújo, R. J., & Costa, C. R. B. (2021). Checklist para cirugía cardíaca segura: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(15), <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/23213>

- Tola Torres, J. D. C., Briones Olvera, J. C., Grunauer Rumbea, F. A., & Zambrano García, J. A. (2020). Seguridad del paciente en procesos quirúrgicos. *RECIAMUC*, 4(3), 90-98. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.\(3\).julio.2020.90-98](https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.(3).julio.2020.90-98)
- Torres, C. A. R., Marcos, A. P., Soler, L. M., Sanz, F. R., Arnedo, I. S., & Sorzano, T. S. (2021). Evaluación realista de la implantación del listado de verificación quirúrgica en un hospital de tercer nivel. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, (112), 6. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7961469>
- Watson J. (2007). Theoretical questions and concerns: response from a Caring Science framework. *Nurs Sci Q*. <http://nsq.sagepub.com/content/20/1/13.refs>

Anexos I: Aval Institucional

Rosario, 23 de Octubre 2023

Sra. Profesora Mg. Nores Rosana

A cargo de la titularidad de la

Actividad Taller de Investigación.

S _____ / _____ D:

Me dirijo a Ud. a fin de informarle que he aceptado ser la/él
Director de la Tesina de

..... *Camel NATALIA*

A tal efecto adjunto a la presente un Currículo Vital Abreviado.

Cabe señalar que he acompañado cada una de las etapas del proceso de la elaboración del Proyecto, que el mismo reúne los contenidos y los requisitos de forma y estilo planteados por la Cátedra. Así mismo doy fe que todo lo planteado y presentado en este proyecto corresponde a la autoría intelectual del/la estudiante respetando las normas de citación, sin presencia de plagio.

Sin otro particular, me dirijo a Ud. con atenta consideración.

[Handwritten Signature]
Lis. IQ. Villalobos, Jessica
Jefa de Cirugía
Hospital Privado de Rosario

Anexo II: Operacionalización; Instrumento de recolección de datos y consentimiento informado

Variable 1: Nivel de información acerca del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ).

Tipo: Cualitativa/compleja.

Función: independiente.

Nivel de medición: nominal

Definición conceptual: El nivel de información acerca del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ) es el grado de comprensión y familiaridad que tiene el equipo en relación a la implementación y contenido del LVQ, entendiéndolo como una herramienta de seguridad del paciente que se utiliza en el proceso quirúrgico con el fin de reducir errores y riesgos asociados a este tipo de procedimientos (Llorens, 2020) (OMS, 2008).

Dimensión 1: Antes de la inducción de la anestesia (Entrada).

Indicadores:

1. Confirmación de identidad, sitio quirúrgico, procedimiento y consentimiento informado.
2. Ayuno prequirúrgico.
3. Demarcación de sitio quirúrgico.
4. Control de la seguridad de anestesia.
5. Colocación del oxímetro del pulso/ monitor /tensiómetro y funcionamiento.
6. Alergias conocidas.
7. Valoración de vía aérea / riesgo de aspiración.

8. Portación de dispositivos implantables.
9. Estudios complementarios.
10. Necesidad de mallas o prótesis (estado).
11. Comprobación del funcionamiento de aparatología de anestesia y medicación.
12. Profilaxis antibiótica.
13. Revisión y confirmación del equipamiento necesario para la anestesia.
14. Confirmación visual del sitio quirúrgico.

Dimensión 2: Previa a la incisión en piel (pausa quirúrgica)

Indicadores:

1. Presentación de todos los miembros del equipo por su nombre y función.
2. Confirmación de identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento por los miembros del equipo quirúrgico.
3. Visualización de imágenes diagnósticas esenciales.
4. Posición y fijación del paciente.
5. Prevención de eventos críticos: sistematización de pasos quirúrgicos y duración del procedimiento por el cirujano.
6. Prevención de eventos críticos: valoración del anestesiólogo de enfermedades/antecedentes previos.
7. Prevención de eventos críticos: confirmación de esterilidad del material, aptitud del material y equipo por parte de la instrumentadora.

Dimensión 3: Antes de la salida del paciente (salida)

Indicadores:

1. Confirmación del nombre del procedimiento.
2. Confirmación del recuento preciso de instrumental, gasas y agujas al finalizar la cirugía.

3. Etiquetado de muestras.
4. Problemas relacionados con el instrumental y equipos.
5. Ficha anestésica completa.
6. Plan de analgesia post quirúrgica.
7. Protocolo quirúrgico completo.

Variable 2: Aplicación del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ).

Tipo: cualitativa/compleja

Función: dependiente

Nivel de medición: nominal

Definición conceptual: se refiere a la acción y efecto de utilizar y completar adecuadamente el LVQ durante la entrada, pausa y salida del paciente en el área quirúrgica (Guardia et al., 2017).

Dimensión 1: antes de la inducción de anestesia (entrada).

Indicadores:

1. Confirmación de identidad, sitio quirúrgico, procedimiento y consentimiento informado.
2. Ayuno prequirúrgico.
3. Demarcación de sitio quirúrgico.
4. Control de la seguridad de anestesia.
5. Colocación del oxímetro del pulso/ monitor /tensiómetro y funcionamiento.

6. Alergias conocidas.
7. Valoración de vía aérea / riesgo de aspiración.
8. Portación de dispositivos implantables.
9. Estudios complementarios.
10. Necesidad de mallas o prótesis (estado).
11. Comprobación del funcionamiento adecuado de aparatología de anestesia y medicamentos.
12. Profilaxis antibiótica.
13. Revisión y confirmación del equipamiento necesario para la anestesia.
14. Confirmación visual del sitio quirúrgico.

Dimensión 2: previa a la incisión en piel (Pausa quirúrgica).

Indicadores:

1. Presentación de todos los miembros del equipo por su nombre y función.
2. Confirmación de identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento por los miembros del equipo quirúrgico.
3. Visualización de imágenes diagnósticas esenciales.
4. Posición y fijación del paciente.
5. Prevención de eventos críticos: sistematización de pasos quirúrgicos y duración del procedimiento por el cirujano.
6. Prevención de eventos críticos: valoración del anesmiólogo de enfermedades/antecedentes previos.
7. Prevención de eventos críticos: confirmación de esterilidad del material, aptitud del material y equipo por parte de la instrumentadora.

Dimensión 3: antes de la salida del paciente (salida).

Indicadores:

1. Confirmación del nombre del procedimiento.
2. Confirmación del recuento preciso de instrumental, gasas y agujas al finalizar la cirugía.
3. Etiquetado de muestras.
4. Problemas relacionados con el instrumental y equipos.
5. Ficha anestésica completa.
6. Plan de analgesia post quirúrgica.
7. Protocolo quirúrgico completo.

Variable 3: Categoría profesional

Tipo: cualitativa/simple

Función: independiente.

Nivel de medición: nominal.

Definición operacional: Para obtener los datos sobre la categoría profesional del equipo quirúrgico, se realizará una revisión de los registros de personal y asignaciones de roles proporcionados por la institución, con el fin de identificar y registrar a los profesionales de enfermería, médicos (cirujanos-anestésistas), residentes e instrumentadoras que forman parte del equipo quirúrgico. Estos datos permitirán clasificar a cada miembro del equipo quirúrgico en una de las categorías profesionales definidas.

Indicadores:

1. Enfermera/o
2. Médico/a (cirujano- anestésista).

3. Residente.
4. Instrumentadora.

Instrumentos de recolección de datos

Cuestionario para medir el nivel de información acerca del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ)

En el presente cuestionario tiene por finalidad demostrar el nivel de información acerca de la LVQ del equipo quirúrgico en un Hospital Privado de la ciudad de Rosario.

Desde ya agradecemos su participación.

Instrucciones: Por favor, lee atentamente y selecciona la o las opciones correctas.

Categoría Profesional:

Enfermera/o _____

Médico/a (cirujano) _____

Anestesiólogo _____

Residente _____

Instrumentadora _____

1- El momento que se realiza la confirmación de identidad, sitio quirúrgico, procedimiento y consentimiento informado es;

- a) Pausa _____
- b) Salida _____
- c) Entrada _____
- d) No se realiza _____
- e) Todas son correctas _____

2- Quien verifica el cumplimiento del ayuno prequirúrgico;

- a) Cirujano___
- b) Enfermero___
- c) Anestesiólogo___
- d) Residentes_____
- e) Todas son correctas_____

3- Cuando se realiza la demarcación adecuada del sitio quirúrgico;

- a) Pausa___
- b) Salida___
- c) Entrada_____
- d) a y b son correctas___
- e) Todas son correctas___

4- Quien controla la seguridad de la anestesia:

- a) Cirujano_____
- b) Anestesiólogo__
- c) Enfermero_____
- d) b y c son correctas___
- e) Ninguna es correcta_____

5- La colocación correctamente el oxímetro del pulso/monitor/tensiómetro y verificación de su funcionamiento es responsabilidad:

- a) Residentes___
- b) Instrumentadoras__
- c) Cirujanos___

- d) Ninguna es correcta ____
- e) Todas son correctas ____

6- En qué momento se indagan las alergias conocidas del paciente:

- a) Salida ____
- b) Pausa ____
- c) Durante la cirugía ____
- d) Todas son correctas ____

7- Se realiza una valoración de la vía aérea y se evalúa el riesgo de aspiración en qué momento:

- a) Entrada __
- b) Salida ____
- c) Pausa ____
- d) a y b son correctas ____

8- Quien realiza la verifica la presencia de dispositivos implantables en el paciente:

- a) Instrumentadora ____
- b) Residentes ____
- c) Anestesiólogos ____
- d) Enfermeros ____
- e) c y d son correctas ____

9- Se verifica la presencia de dispositivos implantables en el paciente:

- a) Salida ____
- b) Entrada ____

- c) Pausa___
- d) Todas son correctas_____

10- Quien evalúa la necesidad y el estado de las mallas o prótesis:

- a) Residente___
- b) Cirujano___
- c) Anestesiólogo___
- d) Enfermero_____
- e) Instrumentadora_____

11- Se comprueba el funcionamiento adecuado de la aparatología de anestesia y medicación:

- a) Pausa___
- b) Salida___
- c) Entrada___
- d) b y c son correctas___

12- Se administra la profilaxis antibiótica de acuerdo con el protocolo establecido:

- a) Pausa___
- b) Entrada___
- c) Salida_____
- d) b y c son correctas_____

13- Quien revisa y confirma el equipamiento necesario para la anestesia:

- a) Enfermero___
- b) Anestesiólogo___
- c) Residente_____
- d) Cirujano___

e) Todas son correctas _____

14- Se realiza una confirmación visual del sitio quirúrgico:

a) Pausa ___

b) Salida ___

c) Entrada ___

d) Todas son correctas _____

15- En qué momento se presenta a todos los miembros del equipo quirúrgico por su nombre y función:

a) Salida _____

b) Entrada _____

c) Pausa _____

d) b y c son correctas _____

e) Todas son correctas _____

16- Se realiza la confirmación de identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento por los miembros del equipo quirúrgico:

a) Salida _____

b) Entrada ___

c) Pausa _____

d) Todas son correctas _____

17-En qué momento se visualizan las imágenes diagnósticas esenciales:

a) Salida ___

b) Entrada ___

c) a y b son correctas _____

18- Quien controla la posición y fijación correctamente al paciente:

- a) Anestesiólogo__
- b) Cirujano__
- c) Residentes ____
- d) Enfermeros_____
- e) Todas son correctas_____

19- Se sistematizan los pasos quirúrgicos y se establece la duración del procedimiento por:

- a) Anestesiólogo__
- b) Instrumentadora ____
- c) Residentes_____
- d) Todas son correctas_____

20- Se evalúan las enfermedades/antecedentes previos del paciente por:

- a) Enfermero__
- b) Anestesiólogo__
- c) Cirujano_____
- d) Instrumentadora_____
- e) Todas son correctas_____

21- Se confirma la esterilidad, aptitud del material y equipo por:

- a) Instrumentadora_____
- b) Cirujano__
- c) Residentes_____
- d) Todas son correctas_____

22- Momento en que se confirma el nombre del procedimiento realizado:

- a) Entrada _____
- b) Salida _____
- c) Pausa _____
- d) Todas son correctas _____

23- Se realiza el recuento preciso de instrumental, gasas y agujas:

- a) Pausa _____
- b) Entrada _____
- c) Salida _____
- d) Ninguna es correcta _____
- e) Todas son correctas _____

24- Quien etiquetan correctamente las muestras obtenidas durante la cirugía en el momento de la salida:

- a) Instrumentadora _____
- b) Cirujano _____
- c) Enfermera _____
- d) Residentes _____
- e) Anestesiólogos _____

25- Quien realiza identifican problemas relacionados con el instrumental y equipos utilizados durante la cirugía:

- a) Anestesiólogos _____
- b) Enfermeros _____
- c) Cirujanos _____
- d) Instrumentadora _____

e) Todas son correctas _____

26- Se registra y entrega ficha anestésica completa:

a) Entrada ____

b) Pausa _____

c) Salida _____

d) Todas son correctas _____

27- Se planifica el plan de analgesia postquirúrgica:

a) Salida _____

b) Pausa _____

c) Entrada _____

d) a y b son correctas _____

e) c y b son correctas _____

28- Se verifica la completa implementación del protocolo quirúrgico:

a) Entrada ____

b) Salida _____

c) Pausa _____

d) a y c son correctas _____

**Lista de cotejo para medir la aplicación del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ)
y categoría profesional**

La siguiente lista de cotejo (Check-list) será utilizada por la observadora, para valorar la aplicación del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ) en el Hospital Privado de Rosario. La primera columna está conformada por preguntas específicas, y las siguientes columnas corresponden a las alternativas de respuestas (SI; NO), donde se deberá tildar según corresponda con una “X”, la opción correcta. Este instrumento se encuentra validado por la OMS en el 2018 y por el holding según comité de calidad y seguridad del mismo.

Aplicación del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ)	SI	NO	OBSERVACIÓN
Antes de la inducción de la anestesia (Entrada)			
Se realiza la confirmación de identidad, sitio quirúrgico, procedimiento y consentimiento informado			
Se verifica el cumplimiento del ayuno prequirúrgico			
Se realiza la demarcación adecuada del sitio quirúrgico			
Se controla la seguridad de la anestesia			
Se coloca correctamente el oxímetro del pulso/monitor/tensiómetro y se verifica su funcionamiento			
Se indagan las alergias conocidas del paciente			
Se realiza una valoración de la vía aérea y se evalúa el riesgo de aspiración			
Se verifica la presencia de dispositivos implantables en el paciente			
Se revisan y tienen en cuenta los estudios complementarios necesarios			
Se evalúa la necesidad y el estado de las mallas o prótesis			
Se comprueba el funcionamiento adecuado de la aparatología de anestesia y medicamentos			

Se administra la profilaxis antibiótica de acuerdo con el protocolo establecido			
Se revisa y confirma el equipamiento necesario para la anestesia			
Se realiza una confirmación visual del sitio quirúrgico antes de la inducción de la anestesia			
Previa a la incisión en piel (Pausa quirúrgica)			
Se presenta a todos los miembros del equipo quirúrgico por su nombre y función			
Se confirma la identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento por parte del equipo quirúrgico			
Se visualizan las imágenes diagnósticas esenciales			
Se posiciona y fija correctamente al paciente			
Se sistematizan los pasos quirúrgicos y se establece la duración del procedimiento por parte del cirujano			
Se evalúa por parte del anestesiólogo las enfermedades y antecedentes previos del paciente			
Se confirma la esterilidad, aptitud del material y equipo por parte de la instrumentadora			
Antes de la salida del paciente (Salida)			
Se confirma el nombre del procedimiento realizado			
Se realiza el recuento preciso de instrumental, gasas y agujas al finalizar la cirugía			
Se etiquetan correctamente las muestras obtenidas durante la cirugía			
Se identifican problemas relacionados con el instrumental y equipos utilizados durante la cirugía			
Se registra y entrega una ficha anestésica completa			
Se planifica el plan de analgesia postquirúrgica			
Se verifica la completa implementación del protocolo quirúrgico			

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y Fecha:

Por medio del presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

NIVEL DE INFORMACIÓN ACERCA DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA (LVQ) Y SU APLICACIÓN SEGÚN CATEGORÍA PROFESIONAL DEL EQUIPO EN EL HOSPITAL PRIVADO DE ROSARIO

El objetivo del estudio es: Determinar la relación existente entre el nivel de información acerca del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ) y su aplicación, según la categoría profesional del equipo quirúrgico del Hospital Privado de Rosario durante el primer bimestre del año 2024.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder una encuesta, conformada por preguntas, donde las respuestas se tildan en casilleros correspondientes. Declaró que se me ha informado sobre inconvenientes, molestias y beneficios del estudio. El investigador se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier pregunta y aclarar cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se plantee acerca de los procedimientos que se llevará a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Entiendo que conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi labor en la institución. El investigador responsable me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se

ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque este pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del participante:

Nombre firma y matrícula del investigador:

Números telefónicos a los cuales pueda comunicarse en caso de dudas o preguntas relacionadas con el estudio: