



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN
ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ANGEL LARRALDE**



**CONOCIMIENTOS DE LA LISTA DE VERIFICACION QUIRURGICA EN
RESIDENTES ADSCRITOS AL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y
REANIMACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR ANGEL LARRALDE”
AÑO 2021**

Trabajo de Grado Presentado ante la Universidad de Carabobo para optar al Título De Especialista
en Anestesiología y Reanimación.

Autor(a):

Dra. Diana Ortega

Tutor Clínico:

Dr. Frank Cuevas

Tutor Metodológico:

MSc. Amilcar Perez

Barbula, Noviembre 2021



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN
ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ANGEL LARRALDE**



**CONOCIMIENTOS DE LA LISTA DE VERIFICACION QUIRURGICA EN
RESIDENTES ADSCRITOS AL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y
REANIMACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR ANGEL LARRALDE"
AÑO 2021**

Autor(a):

Dra. Diana Ortega

CI: 24.969.056

Tutor Clínico:

Dr. Frank Cuevas

CI: 18.636.162

Tutor Metodológico:

MSc. Amílcar Pérez

CI: 11.148.933

Bárbula, Noviembre 2021



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

CONOCIMIENTOS DE LA LISTA DE VERIFICACION QUIRURGICA EN RESIDENTES ADSCRITOS AL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR ANGEL LARRALDE" AÑO 2021

Presentado para optar al grado de **Especialista en Anestesiología y Reanimación** por el (la) aspirante:

ORTEGA C., DIANA C.
C.I. V – 24969056

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Frank Cuevas Orozco C.I. 18636162, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **12/01/2022**


Prof. Frank Cuevas Orozco

C.I. 18636162
Fecha 12/01/2022

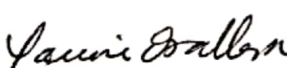
TG:76-21


Prof. Lola Morin (Pdte)

C.I. 12342916

Fecha 12/01/22




Prof. Yanive Ovalles

C.I. 8.024.475
Fecha 12/01/2022

ACTA DE CONSTITUCIÓN DE JURADO Y DE APROBACIÓN DEL TRABAJO

Quienes suscriben esta Acta, Jurados del Trabajo Especial de Grado titulado:

"CONOCIMIENTOS DE LA LISTA DE VERIFICACION QUIRURGICA EN RESIDENTES ADSCRITOS AL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR ANGEL LARRALDE" AÑO 2021" Presentado por el (la) ciudadano (a): **ORTEGA C., DIANA C.** titular de la cédula de identidad N° **V-24969056**, Nos damos como constituidos durante el día de hoy: 09/12/2021 y convenimos en citar al alumno para la discusión de su Trabajo el día: 12/01/2022.

RESOLUCIÓN

Aprobado: ☒ Fecha: 12/01/2022 *Reprobado: ☐ Fecha: .

Observación: _____


Presidente del Jurado
Nombre: *Lola Florin*
C.I. *12342996*

Miembro del Jurado
Nombre: Frank Cuenas
C.I. 18636162

Yanire Ovalles
Miembro del Jurado
 Nombre: Yanire Ovalles
 C.I. 8.024.475

Nota:

1. Esta Acta debe ser consignada en la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Ciencias de la Salud (Sede Carabobo), inmediatamente después de la constitución del Jurado y/o de tener un veredicto definitivo, debidamente firmada por los tres miembros, para agilizar los trámites correspondientes a la elaboración del Acta de Aprobación del Trabajo.
2. *En caso de que el Trabajo sea reprobado, se debe anexar un informe explicativo, firmado por los tres miembros del Jurado.



AVAL DEL TUTOR

Dando cumplimiento a lo establecido en el Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo en su Artículo 133, quien suscribe FRANK CUEVAS titular de la cédula de identidad N° 18.363.162, en mi carácter de Tutor del Trabajo Especial de Grado titulado: "CONOCIMIENTOS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN RESIDENTES ADSCRITOS AL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR. ÁNGEL LARRALDE AÑO" 2021 " presentado por el (la) ciudadano (a) DIANA ORTEGA Titular de la cédula de identidad N° 24.969.056, para optar al título de Especialista en: ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION, hago constar que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se le designe.

En Valencia a los 03 días del mes de DICIEMBRE del año 2021

Nombre: Frank Cuevas

C.I.: 18636162

Firma: _____

Dr. Frank Cuevas
Anestesiología y Reanimación
MPPS 100853 MC 10086

Nota: Para la inscripción del citado trabajo, el alumno consignará la relación de las reuniones periódicas efectuadas durante el desarrollo del mismo, suscrita por ambas partes.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a mi familia, ellos fueron mis mayores promotores durante todo el proceso, además son mi principal fuente de inspiración, mi ejemplo a seguir y mi voluntad para no desistir.

Agradezco el apoyo de mis compañeros de postgrado pues fueron un apoyo incondicional y necesario en mi formación.

Gracias a cada especialista que hizo parte de mi formación profesional en lo académico y asistencial, son sin duda una parte fundamental en mi formación y desarrollo.

Gracias a Dios por permitir la realización de este hecho que ameritó esfuerzo, dedicación y empeño.

A todos ellos dedico el presente trabajo, porque han fomentado en mí el deseo de superación lo que ha contribuido a la consecución de este logro.

A todos, gracias.

ÍNDICE

	pp.
RESUMEN.....	VII
ABSTRACT.....	VIII
INTRODUCCIÓN.....	1
MATERIALES Y MÉTODOS.....	9
RESULTADOS.....	11
DISCUSIÓN.....	16
CONCLUSIONES Y RECOMEDACIONES.....	20
REFERENCIAS.....	23
ANEXOS.....	26



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN
ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ANGEL LARRALDE



CONOCIMIENTOS DE LA LISTA DE VERIFICACION QUIRURGICA EN RESIDENTES
ADSCRITOS AL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO "DR ANGEL LARRALDE" AÑO 2021.

Autor: Diana C Ortega C
Tutor Clínico: Dr. Frank Cuevas
Bárbula, Noviembre 2021

RESUMEN

La utilización de listados de verificación o "Checklist" es una estrategia muy básica pero efectiva para garantizar la seguridad cuando se desarrollan procedimientos complejos pero es necesario el conocimiento completo de la lista para evitar omisiones. **Objetivo general:** Determinar conocimientos de la lista de verificación quirúrgica en residentes adscritos al servicio de Anestesiología y Reanimación del hospital universitario "Dr. Ángel Larralde" año 2021. **Materiales y Métodos:** Se trata de un estudio tipo observacional - descriptivo con un diseño no experimental, de campo y transversal. La muestra fue no probabilística, deliberada y censal constituida por 12 residentes del servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde"; la muestra estuvo constituida por 12 personas. Los datos se recolectaron a través de encuesta, que consta de un cuestionario conformado por 23 preguntas de tipo dicotómicas (VERDADERO y FALSO). Los datos obtenidos fueron presentados en tablas de distribuciones de frecuencias. **Resultados:** entre los aspectos más críticos se destacaron: se desconoce el uso obligatorio de pulseras identificadoras (75%= 11 personas), la población estudiada afirma poder utilizar catéter EV 22G o mayores (50%= 6 personas), se desconocen los tiempos de administración de antibioticoterapia profiláctica (50%= 6 personas), desconocen la necesidad de confirmar la disponibilidad de los insumos médicos (50%= 6 personas) y la necesidad de etiquetar todas las muestras (91.6%= 11 personas). **Conclusiones:** a pesar de tener un alto conocimiento sobre las Listas de Verificación Quirúrgica, los residentes del servicio de Anestesiología y Reanimación no poseen conocimientos en puntos específicos de la LVQ.

Palabras Clave: aplicación, lista de chequeo de anestesiología, residentes.

Línea de investigación: Gerencia y Seguridad en Anestesia



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCION DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN
ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ANGEL LARRALDE



KNOWLEDGE OF THE SURGICAL VERIFICATION LIST IN RESIDENTS SUBSCRIBED
TO THE ANESTHESIOLOGY AND REANIMATION SERVICE OF THE UNIVERSITY
HOSPITAL "DR ANGEL LARRALDE" YEAR 2021.

Author: Diana C Ortega C

Clinical Tutor: Dr. Frank Cuevas

Bárbula, November 2021

ABSTRACT

The use of checklists is a very basic but effective strategy to guarantee security when complex procedures are developed, but complete knowledge of the list is necessary to avoid omissions. **General objective:** To determine knowledge of the surgical checklist in residents assigned to the Anesthesiology and Resuscitation service of the "Dr. Ángel Larralde" year 2021. **Materials and Methods:** This is an observational-descriptive study with a non-experimental, field and cross-sectional design. The sample was non-probabilistic, deliberate and census made up of 12 residents of the Anesthesiology and Resuscitation service of the "Dr. Ángel Larralde"; the sample consisted of 12 people. The data were collected through a survey, which consists of a questionnaire made up of 23 dichotomous questions (TRUE and FALSE). The data obtained were presented in tables of frequency distributions. **Results:** among the most critical aspects, the following stood out: the mandatory use of identification bracelets is unknown (75% = 11 people), the studied population claims to be able to use a 22G or greater EV catheter ((50% = 6 people), the times are unknown administration of prophylactic ATB (50% = 6 people), they are unaware of the need to confirm the availability of medical supplies (50% = 6 people) and the need to label all samples (91.6% = 11 people). **Conclusions:** a Despite having a high knowledge of LVQ, residents of the Anesthesiology and Resuscitation service do not have knowledge of specific points of LVQ.

Key Words: application, anesthesiology checklist, residents.

Research line: Management and Safety in Anesthesia

INTRODUCCION

El problema de la seguridad quirúrgica es ampliamente reconocido en todo el mundo. Estudios realizados en países desarrollados demuestran la dimensión y omnipresencia, indiscutible del problema, tanto así que se ha constituido en un problema de salud pública que trasciende con mayor fuerza en países subdesarrollados con sistemas de salud deficientes¹.

Históricamente la seguridad en anestesiología tiene su comienzo desde los años 1850 cuando se describe el fallecimiento de pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas menores cuyas técnicas anestésica se complementaba con cloroformo, estos eventos dieron pie a iniciar investigaciones en pro de aumentar los niveles de seguridad de los actos quirúrgicos. Con el tiempo se comenzaron a implementar una serie de acciones encaminadas a prevenir los eventos catastróficos en anestesia que cada vez ganaron más fuerzas para lograr, de esta forma, una disminución sustancial en los incidentes críticos y el número de muertes relacionadas a anestesia¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que a nivel mundial se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor, de estas, más de 1 millón muere a causa de las complicaciones. Al menos el 50% de estas son evitables, con el uso, entre otras herramientas, del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ)² (Anexo G)

Según diversos estudios, las complicaciones atribuibles a intervenciones quirúrgicas causan discapacidades o prolongan la hospitalización de entre un 3% y un 25% de los pacientes, dependiendo de la complejidad de la operación y del entorno hospitalario. Esto significa que el número de pacientes susceptibles de padecer complicaciones postoperatorias asciende como mínimo a 7 millones al año³.

En el año 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) impulsa a la creación de programas encaminados a garantizar la seguridad de los pacientes en el ámbito quirúrgico, naciendo posteriormente en el 2004 la Alianza Mundial para la

Seguridad de los pacientes. Luego en enero de 2007, la OMS crea el programa “Cirugía Segura Salva Vidas”, y en el año 2009 la OMS propone una Lista de Verificación Quirúrgica (LVQ), dentro de ese programa. Donde se da a conocer el uso de la lista de chequeo como herramienta para prevenir la aparición de eventos adversos perioperatorios luego de estudios que respaldaban sus impactantes y significativos resultados en la reducción de la mortalidad del 1,5 al 0,8% ⁴⁻⁵

La Cirugía Segura se define como aquel acto donde se disminuyen la mortalidad y las complicaciones durante la cirugía; hace énfasis en que para ello se necesita un sólido compromiso político y que haya en todo el mundo grupos de profesionales dispuestos a abordar los problemas comunes y potencialmente mortales en conjunto².

Expertos de todo el mundo se reunieron para señalar cuatro áreas en las que se podrían llevar a cabo progresos en materia de seguridad de la atención quirúrgica, entre las que destacan la prevención de las infecciones de la herida quirúrgica, la seguridad de la anestesia, la seguridad de los equipos quirúrgicos y la medición de los servicios quirúrgicos⁶. Dichos retos pretenden mejorar la seguridad de la cirugía y reducir las muertes y complicaciones durante las operaciones, centrándose en cuatro líneas de acción⁶

A partir de estas 4 líneas de acción se crean 10 objetivos esenciales que fueron sintetizados en lo que ahora se conoce como Lista de verificación de la seguridad de la cirugía o checklist quirúrgico. Esta herramienta sigue un marco establecido para la seguridad de la atención preoperatoria, la evaluación intraoperatorio del paciente, la intervención quirúrgica y la preparación para los cuidados postoperatorios adecuados. Por lo tanto, se puede afirmar que el checklist trata de una breve lista que debe ser llevada a cabo por los profesionales sanitarios en las cirugías. No se trata de un instrumento normativo, ni pretende constituir un método único, sino que está pensado como una herramienta práctica y fácil de utilizar⁷.

Para la elaboración de las LVQ la OMS se basó en 3 principios: *la simplicidad*, que sea fácil de aplicar; *la amplitud*, que sea una lista que abarque la mayor cantidad de eventos prevenibles y por ultimo; *la mensurabilidad*, es decir, que mida el

impacto real de los ítems. A su vez, se propuso realizarlo en los 3 tiempos de mayor complejidad: a la entrada del paciente al quirófano y previo a la inducción anestésica, previo a la incisión quirúrgica y previo a la salida de quirófano y durante la recuperación PostAnestesia⁸.

Los ítems de las LVQ incluyen pero no se limitan a: pruebas de seguridad en equipos de anestesiología, laparoscopios y otros instrumentos de tecnología, etiquetado correcto de drogas anestésicas, prevención de eventos como Broncoaspiración o situación *No ventilable* - *No intubable*, prevención de infecciones perioperatoria, prevención de Hemorragia masiva, control del dolor postquirúrgico, etc⁸.

Las pautas para la aplicación de las LVQ son a su vez flexibles, no existe una forma correcta o incorrecta para aplicarlas pero si deben realizarse con la mayor precisión posible y a su vez, deben cumplirse todos los ítems marcados en la lista, cualquier miembro del equipo (anestesiólogo, enfermera o cirujano) está en la capacidad de aplicar las LVQ o de exigir su aplicación, sin embargo se hace énfasis en que sea 1 sola persona la que rellene los ítems de los cuadros de chequeo. El coordinador nombrado debería impedir que el equipo siga adelante antes de que cada paso haya sido verificado. Inicialmente esto pudiera conducir a tensiones y resistencia dentro del equipo, pero solamente a través de seguir los pasos de seguridad consistentemente se minimizan los errores más comunes y los riesgos evitables⁹

Cabe destacar que la aplicación de la LVQ debe ser realizada en cualquier intervención quirúrgica sin importar su etiología, de hecho, la Federación Mundial de Sociedades de Anestesiología recomienda que deben realizarse con mayor énfasis en cirugías de emergencia ya que las simples verificaciones de seguridad pueden fácilmente ser olvidadas en un ambiente urgente de mucha presión⁹.

En la actualidad, múltiples países se han unido a la iniciativa de la OMS al establecer diferentes protocolos, tal como lo hizo el ministerio de sanidad y política social de España el cual crea en el 2008 una guía para los estándares de seguridad dentro del marco quirúrgico donde se incluyen pautas y esquemas para

una cirugía segura, dentro de ello destaca establecer una comunicación eficaz en toda la organización, determina que esto es un elemento relevante para garantizar la seguridad en el quirófano y que la cultura organizativa dentro del mismo debe hacer énfasis en el trabajo en equipo sustituyendo la relación jerárquica por la del liderazgo¹⁰

España reafirma su compromiso de seguridad quirúrgica al establecer en conjunto con la Comunidad Europea la *Declaración de Helnsinki por La Seguridad del Paciente* en el año 2010, esta declaración fue un trabajo del Comité Europeo de Anestesiología en conjunto con la Sociedad Europea de Anestesiología, y establece 4 pilares principales a considerar durante cirugías, entre ellas destaca: la aplicación de listas de verificación quirúrgica como eslabón principal, la prevención de infecciones perioperatoria, la fluidoterapia y nutrición perioperatoria¹¹.

En el año 2005 la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE) actualizó y adaptó las normas mínimas para el ejercicio de la anestesiología en donde presentan una lista de chequeo adaptadas a las necesidades de su país y revisadas con modificaciones actuales por la Confederación de Sociedades Latinoamericanas de Anestesiología (CLASA) las cuales a pesar de mantenerse en revisión estas siguen actualmente vigentes.¹²

Entre las investigaciones que sustentan este trabajo y que concuerda con lo antes expuesto se encuentra la realizada por Arteaga en el 2017 en su artículo titulado “El checklist quirúrgico; herramienta fundamental para garantizar la seguridad de los pacientes en quirófano” realizado en España (País Vasco) donde establece la importancia del cumplimiento de LVQ y, a su vez, de crear e impulsar una cultura de seguridad quirúrgica, establece y sugiere un checklist alternativo y complementario al propuesto por la OMS¹³.

Por su parte Taporosky et al, en su estudio realizado en el 2017 en Brasil titulado “Cirugía segura: validación de listas de verificación pre y postoperatorias” establecen que la lista de verificación de seguridad quirúrgica en los períodos pre y posoperatorio es otra estrategia para promover la seguridad del paciente, ya que

permite el seguimiento de signos y síntomas predictivos de complicaciones quirúrgicas y detección precoz de eventos adversos¹⁴.

En Minneapolis, Singer et al en el 2016 estudian las diferentes causas de disfunción en la sala de operaciones, en su trabajo titulado “Relación entre el trabajo en equipo en los quirófanos, los factores contextuales y el desempeño de la lista de verificación de seguridad” destaca que la comunicación entre el equipo quirúrgico, el trabajo en equipo y el respeto mutuo no tienen una relación directa con la seguridad del paciente ante el acto quirúrgico, sino que influye más la utilización de una lista de chequeo y una serie de recursos necesarios para determinar una zona quirúrgica segura¹⁵.

Con el inicio de la Pandemia, la aplicación de las LVQ cobraron una importancia significativa a nivel mundial, se observó además que las LVQ no podían ser rígidas y que debían ser acopladas a los centros de salud, a las circunstancias de los centros de salud y al estado de salud de los países en los que se encuentran, por lo que Ramos A et al en el año 2020 ejecutan una investigación titulada “COVID-19: nueva lista de verificación de cirugía segura” realizada en Buenos Aires (Argentina) incluye a su vez equipos de Infectología y Comité de Crisis Asistenciales, en donde anexaron a los ítems sugeridos por la OMS aquellos necesarios para la máxima protección del personal de los equipos quirúrgicos¹⁶

Dentro de estos ítems destacan: utilización de equipos de protección de bioseguridad para el personal y para los equipos (máquinas de anestesia, mesas de anestesia, bombas de infusiones, etc.), utilizations de salas exclusivas para pacientes COVID-19, y otros ítems a la salida de quirófano como el retiro adecuado del equipo de protección. Estos ítems anexos proporcionaron mayor seguridad no solo para el paciente sino para el equipo quirúrgico en general, cumpliendo con los objetivos establecidos desde un principio por la OMS en disminuir la incidencia de efectos adversos y dejando ver que la aplicación de las LVQ no solo proporcionan seguridad al paciente sino también a todos aquellos incluidos en el acto quirúrgico¹⁶.

Con el auge de la pandemia algunos puntos no establecidos en los estándares de seguridad (como la solicitud de pruebas para detección de COVID-19 en cirugías electivas) han provocado relaciones disfuncionales entre los integrantes del equipo quirúrgico, esto podría deberse a múltiples situaciones, entre ellas, los riesgos de contraer COVID-19 al manejar la vía aérea, y, la escases de equipos de protección personal y otros materiales e insumos que al final deben ser canalizados por el paciente conllevando a retrasos en la resolución de su patología quirúrgica y aumentando los riesgos peri y postoperatorios. La inadecuada conducta preoperatoria constituye la principal causa en la evolución desfavorable de los pacientes que padecen enfermedades quirúrgicas, por lo cual aparecen con más frecuencia complicaciones¹⁷.

En Venezuela y más específicamente en la región central (Carabobo) han existido diversos estudios donde se ha determinado un alto conocimientos sobre protocolos de Cirugía Segura en el personal de la sala de operaciones, Otalora N en el año 2017 realiza una investigación en el Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde titulada “Conocimiento y factibilidad de aplicación de la lista OMS de verificación de seguridad quirúrgica. Servicio de cirugía pediátrica. Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde. Abril 2.017” se interrogó tanto a especialistas como a residentes y sus resultados incluyeron un alto conocimientos sobre las LVQ y una alta disposición para su aplicación, sin embargo, más de la mitad de los encuestados afirmó que existían limitaciones en la aplicación de las mismas¹⁸.

Si a esto se le suma la falta de recursos hospitalarios y el bajo ingreso per cápita por familia, representan un conjunto de variables que convierten el acto anestésico y quirúrgico en un escenario devastador para el paciente y más si este posee patologías de base, que por falta de recursos podrían no estar controladas para el momento de intervenciones de urgencia. Esto da como resultado una mayor probabilidad de complicaciones y un aumento de la morbilidad bien sea por retraso la cirugía para estabilización de patologías, o, por mayores riesgos de mortalidad intraoperatorio, de hecho, una importante proporción de las muertes ocurridas durante la cirugía se debe a complicaciones cardiovasculares, muchas

de las cuales se podrían evitar valorando correctamente el riesgo cardiológico de la intervención¹⁹.

Por todo lo antes expuesto, la realización de este estudio es de suma relevancia ya que podría tener un impacto directo en la salud pública. En tal sentido es necesario determinar los conocimientos sobre Cirugía Segura en servicios como Anestesiología y Reanimación a fin de crear un equipo quirúrgico que vele netamente por el bienestar del paciente y sea visto de una forma integral. El no cumplimiento de las LVQ pueden conllevar a aumento en los costos hospitalarios por estancias prolongadas, mayor probabilidad de complicaciones postoperatorias o, inclusive, un aumento de la morbilidad quirúrgica si no son prevenidas a tiempo.

Como resultado a lo antes expuesto se podrían producir condiciones incapacitantes en pacientes que no poseen resolución quirúrgica de forma oportuna repercutiendo directamente en el desarrollo del país al poseer menor capital humano en el ámbito económico y social.

Esto explica la necesidad del cumplimiento de las consultas preanestésicas conjuntamente con la realización de los laboratorios obligatorios, y la aplicación de un checklist de seguridad quirúrgica para obtener un diagnóstico preventivo y tratar la enfermedad y/o complicación a tiempo y así evitarlas y establecer un plan anestésico adecuado que aumente la seguridad del paciente ante el acto quirúrgico.

Para mejorar esta condición en los equipos quirúrgicos y posteriormente en los pacientes, se realizó un conjunto de actividades dirigidas en la búsqueda de la causa del problema. Es así como la presente investigación se llevó a cabo en el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larraalde” con el propósito de examinar la problemática antes planteada considerando que un número importante de pacientes pueden verse afectados por el desconocimiento y falta de la aplicación de Listas de Verificación Quirúrgica.

Con este trabajo se pretende mejorar el desempeño profesional al tomar como punto de partida el análisis crítico de los propios errores, determinar los conocimientos sobre la aplicación de las LVQ en la sala de operaciones y determinar si es necesario ampliar o acoplar un checklist de seguridad quirúrgica aplicable a nuestro centro.

De esta manera la investigación que se realizó es de beneficio tanto para la familia en general, los centros de salud y la sociedad, aportando acciones favorecedoras como es la intervención de todo el personal de la salud que esté involucrado directamente con el problema y sirviendo de base o antecedente previo a otras investigaciones o estudios que podrían realizarse posteriormente y que estén relacionados con el proyecto de forma directa o indirectamente.

Por lo anteriormente expuesto cabe preguntarse, los residentes adscritos al servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Universitario Ángel Laralde, ¿tienen el conocimiento correcto sobre estándares de seguridad quirúrgica?

Para darle respuestas a tales interrogantes se plantea como objetivo general del presente estudio: Evaluar los conocimientos de la lista de verificación quirúrgica en residentes adscritos al servicio de Anestesiología y Reanimación del hospital universitario “Dr Angel Laralde” año 2021. Para ello se establecieron los siguientes objetivos específicos: Describir a la población según rol que desempeñan (año de residencia), Identificar los conocimientos que disponen los residentes del servicio de anestesiología y reanimación sobre la aplicación de listados de verificación quirúrgica a la entrada del paciente a quirófano y previo a la inducción anestésica, Caracterizar los conocimientos que disponen los residentes del servicio de anestesiología y reanimación sobre la aplicación de listados de verificación quirúrgica durante la pausa quirúrgica, : Determinar los conocimientos que disponen los residentes del servicio de anestesiología y reanimación sobre la aplicación de listados de verificación quirúrgica en el postoperatorio (antes de la salida de quirófano) y por ultimo Especificar el nivel de

conocimiento que poseen los residentes sobre la aplicación de listado de verificación quirúrgica según el nivel de residencia.

MATERIALES Y METODOS

Se trata de un estudio tipo observacional - descriptivo con un diseño no experimental, de campo y transversal. La población estará determinada por 12 residentes adscritos del servicio de Anestesiología y Reanimación, del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” durante el mes de abril del 2021. La muestra es de tipo no probabilística, intencional y censal, conformada por aquellos sujetos que cumplan con los criterios de inclusión.

En cuanto a los criterios de inclusión se tomara residentes adscritos al servicio de Anestesiología y Reanimación que pertenezcan al Hospital Universitarios “Dr. Ángel Larralde”, sin distinción de edad o género, con más de 3 meses de experiencia, que deseen participar en la investigación. Se excluye al investigador y colaboradores.

La técnica de recolección de datos fue a través de una encuesta y como instrumento se aplicó un cuestionario estructurado de tipo cerrado dicotómico (verdadero y falso) previamente validado por un metodólogo y dos especialistas en el área de anestesiología, el cual estuvo conformado por 23 preguntas que permitieron dar respuestas a las interrogantes de la investigación, cada pregunta tuvo como puntaje 1 punto siendo el puntaje máximo total de 23 puntos. Se obtuvo el nivel de conocimiento de acuerdo a la siguiente puntuación: alto de 17 -23 puntos, medio: 9 - 16 puntos, Bajo: menor a 8 puntos. (Anexo C, D, E y F)

Una vez recopilada la información fue sistematizada en una tabla maestra en Microsoft (R) Excel para luego ser presentada en tablas de distribuciones de

frecuencia (absoluta y relativa) según lo planteado en los objetivos específicos propuestos. A las variables cuantitativas como la edad y el puntaje de respuestas correctas se les calculó media aritmética $\pm$ error típico, mediana, valor mínimo, valor máximo y coeficiente de variación

Se comparó el puntaje obtenido según los grupos de edad y el sexo a partir de la prueba de hipótesis para diferenciar entre medias (t student) y según el nivel de residencia mediante la prueba ANOVA. Para tales fines se utilizó el programa SPSS en su versión 18 (software libre) adaptándose como nivel de significancia estadística P valores inferiores a 0,05 ($p < 0,05$)

RESULTADOS

Se encuestaron un total de 12 residentes adscritos al servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde en el periodo de Abril de 2021, dichos residentes se encuentran distribuidos en los 3 niveles de educación sin distinción de edad, género o nivel de formación.

Tabla 1: Caracterización de la muestra en estudio a partir de la edad, sexo y nivel de residencia.

Edad (años)	F	%
25-29	5	41,67
30-35	7	58,33
$\bar{X} \pm Es$	29,83 $\pm$ 0,78	
Genero	F	%
Masculino	7	58,3
Femenino	5	41,6
Nivel de Residencia	F	%
Primer Año	6	50
Segundo Año	2	16,67
Tercer Año	4	33,33
Total	12	100

Fuente: Instrumento Aplicado por la investigadora (Ortega; 2021)

Se registró una edad promedio general de 29,83 años $\pm$ 0,78, con una mediana de 30 años, una edad mínima de 26 años, una edad máxima de 34 años y un coeficiente de variación de 9% (serie homogénea entre sus datos). Siendo más frecuentes aquellos residentes entre 30 y 35 años (58,3%= 7 casos). En cuanto al

género, fue más frecuente el masculino con un 58,3% (7 casos), que el femenino (41,6%= 5 casos)

El nivel de residencia predominante fue el primer año representando el 50% de la muestra de estudio, seguido del tercer año con 33,33% (4 casos) y por último segundo año (16,67%= 2 casos)

Tabla 2: Conocimientos que disponen los residentes del servicio de anestesiología y reanimación sobre la aplicación de listados de verificación quirúrgica a la entrada del paciente a quirófano y previo a la inducción anestésica

Ítems	Correcto		Incorrecto	
	F	%	f	%
Solo anestesiología aplica las LVQ	3	25	9	75
Tipo de Cirugía	11	91,6	1	0,4
Uso de Pulsera Identificadora	5	41,6	7	58,3
Consentimiento de Paciente	11	91,6	1	0,4
Controles de Seguridad	12	100	0	0
Pulsioxímetro en funcionamiento	12	100	0	0
Historia Clínica disponible	12	100	0	0
Prevención de Broncoaspiración	12	100	0	0
Predictores de VAD	12	100	0	0
Instrumentos de Rescate VAD	12	100	0	0
Nº Accesos Venosos	11	91,6	1	0,4
Calibre de Catéter	6	50	6	50

Fuente: Instrumento Aplicado por la investigadora (Ortega; 2021)

En el momento previo a la inducción anestésica, entre las preguntas con mayores porcentajes de aciertos por parte de los residentes de anestesiología encuestados: Conocen en qué tipo de cirugía se aplican las LVQ (91,6%= 11 casos); todos conocen sobre los controles de seguridad (100% 12 casos), todos verifican la funcionalidad e instalación del Pulsioxímetro; todos conocen que debe haber disponibilidad de historia clínica en el intraoperatorio; que se debe tomar en cuenta todos los aspectos para la prevención de broncoaspiración y examinación de predictores de Vía Aérea Difícil (VAD), así como la necesidad de disponer de

dispositivos de rescate de VAD intraoperatorio de igual forma el número de accesos Venosos

En lo correspondiente a las preguntas con mayores porcentajes de repuestas incorrectas: Asegura que es el anestesiólogo quién aplica las listas de verificación quirúrgica (75%= 9 casos); desconocen el uso obligatorio de pulseras identificadora= 7 casos) y el 50% de la muestra afirma poder utilizar catéter EV mayor a 22G (6 casos).

Tabla 3: Conocimiento sobre la aplicación de listados de verificación quirúrgica durante la pausa quirúrgica. Residentes del servicio de anestesiología y reanimación. Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde. Año 2021

Ítems	Correcto		Incorrecto	
	F	%	f	%
Presentación de cada miembro	10	83,3	2	16,6
Confirmación de procedimiento	11	91,6	1	0,4
ATB profiláctica	6	50	6	50
Visualización de Estudios de Imagen	10	83,3	2	16,6
Disponibilidad de materiales	6	50	6	50
Funcionamiento de aparatología	12	100	0	0

Fuente: Instrumento Aplicado por la investigadora (Ortega; 2021)

En lo correspondiente al listado de verificación quirúrgica durante la pausa quirúrgica, los mayores porcentajes de respuestas correctas lo registran: Verificación del funcionamiento de aparatología (100%= 12 casos); Confirmar el tipo de intervención quirúrgica a realizar (91,6%= 11 casos), la presentación de cada miembro del equipo, así como la necesidad de disponer de los estudios de imagen dentro del área quirúrgica (83,3%= 10 casos por igual).

Entre las respuestas incorrectas que registraron el mayor porcentaje se tiene que: la mitad de los encuestados conoce los tiempos de administración de antibioticoterapia profiláctica, así como la necesidad de confirmar la disponibilidad de materiales previo al acto quirúrgico (50% por igual= 6 casos).

Tabla 4: Determinar los conocimientos que disponen los residentes del servicio de anestesiología y reanimación sobre la aplicación de listados de verificación quirúrgica en el postoperatorio (antes de la salida de quirófano)

Items	Correcto		Incorrecto	
	F	%	f	%
Confirmación de Cirugía realizada	12	100	0	0
Conteo de gasas y aguja	12	100	0	0
Etiquetado de muestras	1	8,33	11	91,6
Repaso del plan de recuperación	10	83,33	2	16,67
Revisión de eventos con aparatología	11	91,67	1	8,33

Fuente: Instrumento Aplicado por la investigadora (Ortega; 2021)

En cuanto al conocimiento sobre el listado de verificación en el postoperatorio previo a la salida del paciente, en cuanto a los ítems respondidos correctamente se tiene que: todos los residentes (100%= 12 casos) saben que deben confirmar la cirugía realizada al equipo; así como realizar el conteo de gasas y aguja (100%= 12 casos); se revisan los eventos que pudieron ocurrir con la aparatología (91,6%= 11 casos) y se repasa el plan de recuperación (83,3%= 10 casos)

El ítem con mayor porcentaje de respuestas incorrectas se tiene que el 91.6% de la muestra (11 casos) desconocen que deben ser etiquetadas todas las muestras.

Tabla 5: Describir el nivel de conocimiento que poseen los residentes sobre la aplicación de listado de verificación quirúrgica según edad, sexo y nivel de residencia. Año 2021

Nivel de conocimiento	Alto		Regular		Total		Puntaje
Edad (años)	f	%	f	%	f	%	$\bar{X} \pm Es$
25-29	4	33,33	1	8,33	5	41,67	19,0 +/- 3,29
30-35	7	58,33	0	0	7	58,33	17,86 +/- 1,12
Sexo	f	%	f	%	f	%	
Masculino	7	58,33	0	0	7	58,3	19,0 +/- 3,4
Femenino	4	33,33	1	8,33	5	41,6	17,86 +/- 0,99
Nivel de Residencia	f	%	f	%	f	%	
Primer Año	6	50	0	0	6	50	18,17 ± 0,48
Segundo Año	1	8,33	1	8,33	2	16,67	16,5 ± 0,5
Tercer Año	4	33,33	0	0	4	33,33	19,5 ± 1,32
Total	11	91,67	1	8,33	12	100	18,33 ± 0,56

Fuente: Instrumento Aplicado por la investigadora (Ortega; 2021)

Luego de corregir el instrumento aplicado se obtuvieron los puntajes resultantes a partir del número de respuestas correctas por persona, registrándose una media de 18,33 ptos $\pm$ 0,56, con una mediana de 18 ptos, una puntuación mínima de 16 ptos, una puntuación máxima de 23 ptos y un coeficiente de variación de 10% (serie homogénea entre sus datos). No se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el puntaje según los grupos de edad ($t = 1,02$; $P = 0,3333 > 0,05$); tampoco según el género ($t = 1,06$; $P = 0,3823 > 0,05$); tampoco se encontró una diferencia significativa en cuanto al puntaje registrado según el nivel de residencia ($F = 1,96$; $P = 0,1967 > 0,05$)

Se evidencia que los residentes presentaron mayormente un nivel alto de conocimientos sobre las LVQ (puntaje obtenido mayores a 17 puntos) (91,67%= 11 casos), sólo un residente presentó conocimiento regular (8,33%).

DISCUSIÓN

Se encuestaron un total de 12 residentes adscritos al servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde en el periodo de Abril de 2021, dichos residentes se encuentran distribuidos en los 3 niveles de educación sin distinción de edad, sexo o nivel de formación.

Se registró una edad promedio general de 29.8 años $\pm$ 1.48. Siendo más frecuentes aquellos residentes entre 25 y 29 años (58,3%), con predominó del sexo masculino (58,3%). El nivel de residencia más frecuente fue el primer año (50%), seguido del tercer año (33,3%). Dichas características de la muestra concuerdan con lo establecido por Martínez (2016) en un estudio sobre la aplicación de LVQ en diferentes centros públicos y privados del estado Carabobo, donde predominaban residentes de primer año, de sexo masculino y con una edad promedio de 36,08 años con predominancia en el rango entre 24-34 años²⁰

En el momento previo a la inducción anestésica, entre las preguntas con mayores porcentajes de aciertos por parte de los residentes de anestesiología encuestados: Conocen en qué tipo de cirugía se aplican las LVQ (91,6%= 11 casos); todos conocen sobre los controles de seguridad (100% 12 casos), todos verifican la funcionalidad e instalación del Pulsioxímetro; todos conocen que debe haber disponibilidad de historia clínica en el intraoperatorio; que se debe tomar en cuenta todos los aspectos para la prevención de broncoaspiración y examinación de predictores de Vía Aérea Difícil (VAD), así como la necesidad de disponer de dispositivos de rescate de VAD intraoperatorio de igual forma el número de accesos Venosos. Resultados similares a los encontrados por García (2019) donde más del 90% de los encuestados manifestaba conoce los ítems sobre predictores de VAD, riesgo de aspiración, alergias conocidas y demarcación del sitio quirúrgico²¹

En lo correspondiente a las preguntas con mayores porcentajes de repuestas incorrectas: Asegura que es el anestesiólogo quién aplica las listas de verificación quirúrgica (75%= 9 casos); desconocen el uso obligatorio de pulseras identificadoras (58,3%= 7 casos) y el 50% de la muestra afirma poder utilizar catéter EV mayor a 22G (6 casos). Contrario a lo reportado por Moreta (2015) en un estudio donde estimaban el conocimiento sobre LVQ entre cirujanos, anestesiólogos y enfermeras donde se pudo observar que el 61,9% de los anestesiólogos contestaron correctamente quienes realizaban las LVQ y quienes debían colocar las pulseras identificadoras.²² asimismo, se estableció de forma unánime la utilización de catéter EV mayores a 20G²².

En lo correspondiente al listado de verificación quirúrgica durante la pausa quirúrgica, los mayores porcentajes de respuestas correctas lo registran: Verificación del funcionamiento de aparatología (100%= 12 casos); Confirmar el tipo de intervención quirúrgica a realizar (91,6%= 11 casos), la presentación de cada miembro del equipo, así como la necesidad de disponer de los estudios de imagen dentro del área quirúrgica (83,3%= 10 casos por igual). Esto se correlaciona con los resultados obtenidos por Laguna (2010) donde el equipo de anestesia revisó si el paciente presentó algún problema específico en un 100% de las ocasiones, si existieron dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos en un 100% de las veces. La visualización de las imágenes diagnósticas esenciales se pudo realizar en un 90,6% de las veces²³.

Entre las respuestas incorrectas que registraron el mayor porcentaje se tiene que: la mitad de los encuestados conoce los tiempos de administración de antibioticoterapia profiláctica, así como la necesidad de confirmar la disponibilidad de materiales previo al acto quirúrgico (50% por igual= 6 casos). A pesar de las múltiples investigaciones sobre antibioticoterapia profiláctica en cirugía segura, los datos aportados por la investigación concuerdan parcialmente con lo publicado por Moreta (2015) donde al indagar sobre el tiempo ideal para la colocación antibiótica pues solo el 57,1% de los anestesiólogos, contestaron correctamente²².

En cuanto al conocimiento sobre el listado de verificación en el postoperatorio previo a la salida del paciente, en cuanto a los ítems respondidos correctamente se tiene que: todos los residentes (100%= 12 casos) saben que deben confirmar la cirugía realizada al equipo; así como realizar el conteo de gasas y aguja (100%= 12 casos); se revisan los eventos que pudieron ocurrir con la aparatología (91,6%= 11 casos) y se repasa el plan de recuperación (83,3%= 10 casos)

El ítem con mayor porcentaje de respuestas incorrectas se tiene que el 91.6% de la muestra (11 casos) desconocen que deben ser etiquetadas todas las muestras, porcentaje similar al que reporta Rodríguez²⁴ donde el 70% de los encuestados afirmo no existir necesidad de etiquetado de todas la muestras obtenidas en el acto quirúrgico y solo el 20% de la población afirma realizarlo de la forma correcta.

Se evidencia que los residentes presentaron mayormente un nivel alto de conocimientos sobre las LVQ (puntaje obtenido mayores a 17 puntos) (91,67%). Estos datos concuerdan con los resultados encontrados por Martinez²⁰ donde la especialidad de Anestesiología duplica en proporción el conocimiento bueno en cuanto al conocimiento de la aplicación de LVQ en comparación con otras especialidades, como cirugía general y obstetricia donde solo el 50% suele tener un alto nivel de conocimiento.

Con respecto a los resultados obtenidos en esta investigación sobre los conocimiento de la Lista de Verificación Quirúrgica, La mayoría de los residentes de anestesiología de nuestra institución reconocen los ítems que caracterizan las LVQ mas no la aplicación en cada uno de sus tres tiempos, esto puede deberse a que la enseñanza aplicada por nuestro postgrado está enfocada a prevención de eventos específicos y no a una cultura de seguridad quirúrgica, por lo que se concluye que los pasos de dicha lista se realizan de manera superficial ya que esta ni siquiera pertenece a la historia clínica del centro.

A su vez, se pudo observar que la mayoría de los ítems que no son aplicados o de los cuales se desconoce su aplicación pueden deberse a múltiples factores, entre ellos que estos no son normativos para la institución como por ejemplo el uso de pulseras identificadoras.

El diseño de esta investigación que solo toma en cuenta los conocimientos sobre las listas de verificación quirúrgicas preestablecidas por la OMS, no toma en cuenta la situación actual de nuestro centro hospitalario, en vista de esto, la aplicación de LVQ puede verse afectada por la situación de pandemia por COVID-19 el cual obliga a maximizar las medidas de bioseguridad tanto para el personal como para el paciente por lo cual sigue siendo necesario la educación médica continua y actualización sobre nuevos esquemas de seguridad quirúrgica.

En vista de tratarse de una muestra de 12 residentes los resultados obtenidos en esta investigación pueden ser cercanos a los conocimientos en la realidad, esto debido a que el conocimiento impartido es constantemente evaluado por niveles superiores de formación, sin embargo, es necesario incluir a los diferentes integrantes del equipo quirúrgico como cirujanos (obstetras, traumatólogos, entre otros) y personal de enfermería puesto que el aspecto más importante no se considera la implementación en sí de la lista, sino que su implementación implica un trabajo en equipo, una mayor participación, comunicación y sentido de la responsabilidad en todos los miembros del equipo quirúrgico.

CONCLUSIONES

La lista de chequeo es una herramienta indispensable en toda intervención quirúrgica, ya que asegura que la cirugía está enfocada a salvaguardar la vida del paciente, corrigiendo quirúrgicamente su problema de salud, en un marco de seguridad, porque se identifican oportunamente los riesgos.

En relación a los resultados obtenidos de la siguiente investigación se puede concluir que las preguntas con mayor índice de error son la que se enfocan sobre qué personal tiene que ser el encargado del checklist, el uso de pulseras identificadoras, la confirmación de material disponible y la que hace mención a utilizar catéter EV de gran calibre (no menores a 20G).

En el momento previo a la inducción anestésica, las preguntas con mayores porcentajes de repuestas incorrectas: Asegura que es el anesthesiólogo quién aplica las listas de verificación quirúrgica; el desconocimiento el uso obligatorio de pulseras identificadoras y el desconocimiento de la utilización del catéter EV mayor a 22G, estos ítems representan el 25% de preguntas, por lo cual se concluye que con respecto a este eslabón solo el 75% de los residentes (9 sujetos) respondieron de manera correcta.

En lo correspondiente al listado de verificación quirúrgica **durante la pausa quirúrgica**, entre las respuestas incorrectas que registraron el mayor porcentaje se tiene que: la mitad de los encuestados conoce los tiempos de administración de antibioticoterapia profiláctica, así como la necesidad de confirmar la disponibilidad de materiales previo al acto quirúrgico, como conclusión se obtuvo un conocimiento del 4 de los 6 ítems de dicho eslabón representando el 66% de aciertos en las preguntas realizadas.

En cuanto al conocimiento sobre el listado de verificación en el postoperatorio **previo a la salida del paciente**, el mayor porcentaje de respuestas incorrectas se

centró en el desconocimiento del etiquetado de todas las muestras, lo cual solo representa un 20% de desconocimiento en cuanto al último eslabón aplicado en las LVQ.

En cuanto al nivel de conocimientos obtenidos por los residentes adscritos al servicio de anestesiología y Reanimación del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, el 91% de estos obtuvieron un alto nivel de conocimiento sobre las Listas de Verificación Quirúrgica, representando 11 de los 12 individuos estudiados, solo 1 de los residentes obtuvo un conocimiento regular.

Existe un porcentaje de cumplimiento incompleto de la normativa por parte de los profesionales que forman parte del equipo de anestesiología y reanimación, esto puede deberse a problemas para su cumplimiento por faltas de recursos o a otras circunstancias como confusión en cuanto a los ítems de la LVQ.

RECOMENDACIONES

Aplicar las listas de verificación quirúrgica en nuestro centro a fin de maximizar los niveles de seguridad quirúrgica.

En caso de no poder aplicar las LVQ propuestas por la OMS, ajustar o adoptar una que pueda ser implementada por el equipo quirúrgico en su totalidad.

La lista de chequeo debe integrarse como un requisito para la intervención quirúrgica y como anexo a la historia clínica del paciente, exigir su cumplimiento es maximizar los niveles de seguridad.

Educación continúa sobre el manejo y prácticas de seguridad intraoperatorio

Afianzar los conocimientos de *cirugía segura* desde los primeros niveles de formación

Crear y reforzar una creciente cultura de seguridad clínica en los profesionales sanitarios, y lograr así el compromiso y la convicción de los implicados en la utilización en la herramienta.

El presente estudio constituye un estímulo para realizar nuevas investigaciones que midan los efectos de la implementación de la lista de chequeo y de las políticas de seguridad del paciente en los hospitales venezolanos y así contribuir a mejorar la atención brindada al paciente quirúrgico.

Se recomienda a su vez motivar la realización de estudios con muestras mayores donde se incluyan la totalidad de equipos quirúrgicos para así afianzar los conocimientos, la cultura de liderazgo y seguridad intraoperatoria.

La reiteración y evaluación de la información es igualmente importante para asegurar una ejecución adecuada y la sostenibilidad de la medida, esto debido a que aunque se tiene conocimiento del programa se deben afianzar conocimientos en los ítems deficientes.

Referencias Bibliográficas

- 1) Fernández M, Gonzalez E. La seguridad como parte de la calidad en Anestesiología: una necesidad de nuestros días. Hospital Provincial Universitario “Arnaldo Milián Castro”. [Internet]. 2012 [Citado el 11 de noviembre de 2020]; 6 (1): aprox. 11 p. Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r1_12/seguridad.htm
- 2) Organización Mundial de la Salud. LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS. [Internet]. Volumen 1. 1era Edición. Francia: WHO. [actualizado enero de 2008; citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70084/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf;jsessionid=E29BEC414ABB5FBB9EA85AC3D7118140?sequence=1
- 3) Ricardo Bustamante. ¿Qué Hacemos Los Anestesiólogos? Desde La Vigilancia Anestésica Monitorizada Hasta La Anestesia General?[internet]. Volumen 18. Editorial Elsevier. [actualizado agosto de 2017; citado el 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301190>
- 4) Sociedad Venezolana de Anestesiología. Normas para el Ejercicio de Anestesiología. 2. [Internet]. 2014. [Citado el 20 Noviembre de 2020]. Disponible en: <http://www.svanestesia.org/sva2014.html>.
- 5) Ibarra P, Robledo B, Galindo M, y col. Normas mínimas para el ejercicio de la anestesiología en Colombia. Revista Colombiana de Anestesiología. [Internet]. 2009 [Citado el 15 Agosto de 2020]; 37 (3): 235-253. Disponible en: www.revcolanest.com.co/es/pdf/S0120334709730072/S300/
- 6) Organización Mundial de la Salud (OMS). Segundo reto mundial por la seguridad del paciente: La cirugía segura [Internet]. Ginebra: OMS; 2008. [Acceso 20/12/20] Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf
- 7) Moreno-Alemán J. Seguridad del paciente en el área quirúrgica: aspectos jurídicos positivos de la implantación del checklist o lista de verificación quirúrgica. Revista CESCO de Derecho de Consumo [Revista en Internet] 2013 [Acceso 27/12/20] (8): [162-181] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4524511.pdf>
- 8) Cordovilla MJ. Utilidad del checklist para el mejoramiento de atención en el área quirúrgica del Hospital IESS Ambato, en el período de agosto del 2015 [Tesis doctoral en Internet] Ambato, Ecuador: Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Regional Autónoma de Los Andes; 2016. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/3528>
- 9) World Federation of Societies of Anaesthesiologists [Internet]. Londres: WFSAHQ; Febrero de 2016 [Febrero de 2016; Diciembre 2020]. Disponible en: [FEDERACION MUNDIAL DE ANESTESIOLOGIA.pdf](http://www.wfsa.org.uk/FEDERACION_MUNDIAL_DE_ANESTESIOLOGIA.pdf)
- 10) Gobierno de España: Ministerio de Sanidad y Política Social. [internet]. Bloque Quirúrgico. Estándares y recomendaciones. España. Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social. [actualizado en

- 2009; citado el 10 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/BQ.pdf>
- 11) Monederoa P, Errandob C.L, Adamec M y col. La Declaración de Helsinki sobre seguridad de los pacientes en anestesiología. Revista Española de Anestesiología y Reanimación. [Internet] 2013 [Citado 12 agosto de 2020]; 60(Supl 1):1-3. Disponible en: <http://sensor.org/2014/recomendaciones-de-la-declaracion-de-helsinki/>
 - 12) Gómez L. La lista de chequeo: un estándar de cuidado. Revista Colombiana de Anestesiología. [Internet]. 2013 [Citado Agosto 2020]; 41(3):182–183 Disponible en: <http://www.revcolanest.com.co/es/la-lista-chequeo-unestandar/articulo/S0120334713000701/>
 - 13) Arteaga A. El checklist quirúrgico; herramienta fundamental para garantizar la seguridad de los pacientes en quirófano. [Tesis de Grado]. España. Universidad del País Vasco; 2017. Disponible en: https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/22788/TFG_ORTIZ_ARTEAGA.pdf?sequence=1#:~:text=La%20OMS%20cre%C3%B3%20en%20el,seguridad%20del%20paciente%20en%20quir%C3%B3fano.
 - 14) Taporosky et al. Safe surgery: validation of pre and postoperative checklists. RLAE. [Internet]. 2017[Citado Agosto 2020]; 25 (1):1-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28699994/>
 - 15) Singer S, Molina G, Zhonghe L, Wei J, Nurudeen S, Kite J et AL. [internet]. Relationship Between Operating Room Teamwork, Contextual Factors, and Safety Checklist Performance. Chicago USA: American College of Surgeon. 11 de Julio de 2016. [actualizado julio de 2016; citado 10 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27469627/>
 - 16) Otarola. CONOCIMIENTO Y FACTIBILIDAD DE APLICACIÓN DE LA LISTA OMS DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA. SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE ABRIL 2.017. [Tesis de Grado]. Venezuela. Universidad de Carabobo; 2017. Disponible en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/5362/motalora.pdf?sequence=1>
 - 17) Ramos A et al. COVID-19: nueva lista de verificación de cirugía segura. Journal [Internet]. 2020 [Consultado en Octubre 2021]; 5 (7): 721-725. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n7/2529-850X-jonnpr-5-07-721.pdf>
 - 18) Rojas OS, Hernández ED, Molina ML, Ojeda JJ. [Internet]. Estratificación de prioridades para la urgencia quirúrgica: resultados de la aplicación de un método diferente. 2005 [citado 18 marzo 2021]; Vol 4 (3): pag 3. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/scar/vol5/no1/scar04106.pdf>
 - 19) Jeimy Talero. [Internet]. Uso del sistema possum como indicador de la morbimortalidad en pacientes quirúrgicos. Servicio de emergencia de cirugía general del hospital universitario “dr. Ángel larralde” valencia – edo. Carabobo. Período enero 2014 – enero 2015. Enero de 2015. [citado el 17 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://www.mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/3045/1/jtalero.pdf>

- 20) Martinez J. [Internet]. APLICACIÓN DE LA LISTA DE CHEQUEO DE ANESTESIOLOGÍA (OMS) POR LOS ANESTESIOLOGOS Y RESIDENTES DE ANESTESIOLOGIA. CENTROS QUIRÚRGICOS DEL ESTADO CARABOBO. Octubre 2016. [citado el 17 de junio de 2021]. Disponible en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/5337/jmartinez.pdf?sequence=1>
- 21) Garcia C. [Internet]. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS EN LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA EN EL HOSPITAL NACIONAL DE JIQUILISCO, DEPARTAMENTO DE USULUTAN, EL SALVADOR, JULIO – DICIEMBRE 2018. San Salvador Abril citado el 17 de junio de 2021]. Disponible en <https://repositorio.unan.edu.ni/10655/1/t1028.pdf>
- 22) Moreta D. [Internet]. Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo en marzo del año 2015 mediante una encuesta directa. Mayo de 2015. Quito – Peru. [citado el 17 de junio de 2021]. Disponible en: <https://dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4753/1/T-UCE-0006-131.pdf>
- 23) Laguna A. [Internet]. Aplicación de Lista de Verificación de Seguridad en Cirugía. Hospital Central de Maracay. Enero – Junio 2010. [Tesis de Grado].Venezuela 2010. [citado el 17 de junio de 2021]. Disponible en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/5839/alaguna.pdf?sequence=1>
- 24) Rodriguez H. [Internet]. DESCRIPCION DE LA APLICACION DE LA LISTA DE VERIFICACION QUIRURGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA ARGENTINA DURANTE EL PERIODO DE AGOSTO 2014-DICIEMBRE 2015. [Tesis de Grado]. Argentina. Universidad Nacional de Cordoba. Noviembre de 2016. Disponible en: http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/rodriguez_heidi_veronica.pdf

ANEXOS A
CARTA COMITÉ DE ETICA DEL HOSPITAL



MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA EL PROCESO SOCIAL DE
TRABAJO INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES
Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde"
Dirección de Docencia e Investigación.

AVAL DE COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA

Quienes suscriben, Miembros del Comité de Investigación y Ética del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde" del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales que funciona en Bárbula, Estado Carabobo, Hacen constar que han leído y evaluado el proyecto de Investigación, presentado por el (la) ciudadano (a) Dr. Diana C Ortega C, cédula de identidad N° V-24.969.056, para optar al título de ESPECIALISTA en ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN, cuyo título es "CONOCIMIENTOS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN RESIDENTES ADSCRITOS AL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "DR ANGEL LARRALDE" AÑO 2021", y que el mismo está APROBADO ya que reúne los requisitos de factibilidad, originalidad e interés que plantea la línea de investigación: "SEGURIDAD EN ANESTESIA", establecida para la Especialidad, considerando la pertinencia de la investigación, el rigor metodológico, su calidad científica, la coherencia y la racionalidad del presupuesto propuesto y el cumplimiento de las normas científicas, técnicas y éticas, nacionales e internacionales que rigen este tipo de investigaciones.

Igualmente, el mencionado Proyecto está enmarcado dentro de la normativa para la elaboración y presentación de los trabajos de grados para esta Especialización.

El profesor (a): Dra. Frank Cuevas, CI V-18.636.162, aceptó la tutoría clínica de este trabajo.

En Valencia, 28 días del mes de Abril del año 2021.

Comité de Investigación y Ética

Prof.

Nombre: Pedro Salinas

C.I 15.123.079

Prof.

Nombre: Pablo Rojas

C.I 11004080

Sello

Prof.

Nombre: Dra. Frank Cuevas

C.I 15.722.071

Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde"

Dirección: Finca de Carmen Altas de Colón de Bárbula, Niquitao, Estado Carabobo

Teléfono: 0241-8872923 (pública) / 88731164 / 9956857.

ANEXO B

Consentimiento Informado de Participación

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN

Hago constar por medio de la presente que estoy de acuerdo en que se me sea aplicado un instrumento de recolección de datos tipo cuestionario para la investigación titulada **CONOCIMIENTOS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN RESIDENTES ADSCRITOS AL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE” AÑO 2021**

Igualmente afirmo que he sido informado sobre la temática, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado, por lo que he decidido de forma consciente y voluntaria participar en este estudio.

No teniendo este hecho ningún beneficio económico ni riesgo potencial para mi salud, sin implicar complicaciones o costos personales que puedan desprenderse de dicho acto.

Teniendo pleno conocimiento de que la información que sea recogida en esta investigación mediante este instrumento de recolección de datos se mantendrá confidencial y sólo será visualizado por el investigador.

De igual forma, se me ha informado que esta investigación e instrumento de recolección de datos ha sido revisada y aprobada por el Comité de Ética institucional.

Nombre y Apellido: _____

Cédula de Identidad: _____

Fecha: _____

ANEXO C

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**CONOCIMIENTOS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN
RESIDENTES DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION EN EL HOSPITAL
UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE” AÑO 2021**

Lea detenidamente cada ítem, y responda con una equis (X) según corresponda:

Residente: _____

N°	A la entrada del paciente y antes de la inducción anestésica:	V	F
1	Solo el equipo de Anestesiología aplica las LVQ		
2	Las LVQ solo se aplican a Cirugías de Emergencia		
3	El paciente debe ingresar con pulsera identificadora siempre		
4	El paciente debe identificarse, identificar el procedimiento quirúrgico y dar su consentimiento. Se confirma el lugar anatómico de la intervención		
5	Deben realizarse controles de seguridad de anestesia (maquinas probadas y cicladas, fármacos etiquetados, prevención de eventos)		
6	En este punto el Pulsioxímetro debe estar colocado y en funcionamiento		
7	Se debe tener disponible la historia clínica del paciente		
8	Se debe determinar si el paciente tiene predictores de Vía Aérea Dificil (VAD)		
9	No es necesario determinar si el paciente tiene riesgo de broncoaspiracion		
10	Se debe determinar si hay equipos e instrumentos para abordar VAD		
11	En casos de hemorragias mayores a 500ml se debe:	V	F
A	Asegurar siempre 2 accesos venosos permeables		
B	Catéter de gran calibre (mayor a 22G)		
	Durante la pausa quirúrgica (antes de la incisión quirúrgica):	V	F
12	Todos los miembros deben presentarse siempre por su nombre y función		
13	No es necesario confirmar antes de la incisión cutánea que se va a operar al paciente correcto y en el sitio correcto.		
14	La antibioticoterapia profiláctica se administra hasta 20min previo a la incisión quirúrgica.		
15	No siempre es necesario visualizar estudios o imágenes		
16	Para la previsión de eventos críticos	V	F
A	Se confirma <i>ocasionalmente</i> la disponibilidad de los materiales necesarios (cuando sea necesario)		
B	Se verifica el correcto funcionamiento de la aparatología		
	A la salida del paciente de quirófano:	V	F
17	Se debe confirmar el procedimiento realizado		
18	Se debe realizar siempre el conteo de gasas y agujas		
19	Siempre se deben etiquetar todas las muestras		
20	Siempre se debe revisar los principales aspectos de la recuperación y tratamiento del paciente		
21	Se revisan problemas que pueden haber surgido en relación con el funcionamiento del instrumental o equipos (laparoscopios, máquinas de anestesia, intensificador de imagen, ecógrafos, etc.)		

ANEXO D



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA Y DESARROLLO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL



FORMATO PARA LA VALIDEZ DE EXPERTOS

CRITERIOS	PERTINENCIA (Oportunidad Conveniencia)		CLARIDAD (Redacción)		COHERENCIA (Correspondencia)		DECISIÓN		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	DEJAR	MODIFICAR	QUITAR
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		✓		
12	✓		✓		✓		✓		
13	✓		✓		✓		✓		
14	✓		✓		✓		✓		
15	✓		✓		✓		✓		
16	✓		✓		✓		✓		
17	✓		✓		✓		✓		
18	✓		✓		✓		✓		
19	✓		✓		✓		✓		
20	✓		✓		✓		✓		
21	✓		✓		✓		✓		
22	✓		✓		✓		✓		
23	✓		✓		✓		✓		
24									
25									

DATOS DEL EXPERTO

Nombre y Apellido	Luis Alberto Lora
Institución donde labora	FCS-UC
Departamento	Salud Pública
Nivel académico	Doctorado
Fecha de la Validación	26/03/2021
Firma	Luis Alberto Lora

ANEXO E



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA Y DESARROLLO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL



FORMATO PARA LA VALIDEZ DE EXPERTOS

CRITERIOS ITEMS	PERTINENCIA (Oportunidad Correspondencia)		CLARIDAD (Reducción)		COHERENCIA (Correspondencia)		DECISIÓN		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	DEJAR	MODIFICAR	QUITAR
1	X		X		X		✓		
2	X		X		X		✓		
3	X		X		X		✓		
4	X		X		X		✓		
5	X		X		X		✓		
6	X		X		X		✓		
7	X			X	X			✓	
8	X		X		X		✓		
9	X		X		X		✓		
10	X		X		X		✓		
11	X		X		X		✓		
12	X		X		X		✓		
13	X		X		X		✓		
14	X		X		X		✓		
15	X		X		X		✓		
16	X		X		X		✓		
17	X		X		X		✓		
18	X		X		X		✓		
19	X		X		X		✓		
20	X		X		X		✓		
21	X		X		X		✓		
22	X		X		X		✓		
23	X		X		X		✓		
24									
25									

DATOS DEL EXPERTO

Nombre y Apellido	Henry Harder B.
Institución donde labora	Hualt-CHVED
Departamento	Psicología
Nivel académico	Especialista
Fecha de la Validación	01/04/2021
Firma	

Dr. Henry G. Harder B.
 Psicología y Comportamiento
 C.R. 2014-00000000-0000
 01/04/2021

Lista de Verificación Quirúrgica propuesta por la OMS

LA PRESENTE LISTA NO PRETENDE SER EXHAUSTIVA. SE RECOMIENDA COMPLETARLA O MODIFICARLA PARA ADAPTARLA A LA PRÁCTICA LOCAL