



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
INSTITUTO DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD



“PROGRAMA DE CAPACITACIÓN ESTRATÉGICO AL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DE CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO
DE QUITO PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS
QUIRÚRGICAS SEGURAS JULIO OCTUBRE 2017”

**Trabajo de Investigación previo a la obtención del Título de Magíster en
Gerencia de Servicios de Salud**

AUTORA: Sandra Elizabeth Castillo García

DIRECTOR: MSc. Yaan Manuel Quintana Santiago

IBARRA - ECUADOR

2018

APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, YAAN MANUEL QUINTANA SANTIAGO en calidad de tutor del trabajo de titulación para la obtención del Título de Magíster en Gerencia de Servicios de Salud, intitulado “PROGRAMA DE CAPACITACIÓN ESTRATÉGICO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS JULIO OCTUBRE 2017”, elaborado por la LCDA. SANDRA ELIZABETH CASTILLO GARCÍA, estudiante del Posgrado en Gerencia de Servicios de Salud de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Técnica del Norte, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico, en el campo epistemológico y ha superado el control anti plagio, para ser sometido a la evaluación por parte del jurado examinador que se designe, por lo que lo APRUEBO, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica del Norte de Ecuador.

En la ciudad de Ibarra, a los 17 días del mes de mayo de 2018

Lo certifico

(Firma)..........

MSc. Yaan/Manuel Quintana Santiago

C.I.: 1756877609

DIRECTOR

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: POSTGRADO - UTN

Fecha: Ibarra, 17 de mayo de 2018

SANDRA ELIZABETH CASTILLO GARCÍA “PROGRAMA DE CAPACITACIÓN ESTRATÉGICO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS JULIO OCTUBRE 2017”, elaborado por la LCDA. SANDRA ELIZABETH CASTILLO GARCÍA. Magíster en Maestría En Gerencia De Servicios De Salud. UTN. Universidad Técnica del Norte, Ibarra.

DIRECTORA DE TESIS: MSc. Yaan Manuel Quintana Santiago

El principal objetivo de la presente investigación fue, Fundamentar la capacitación estratégica en Prácticas Quirúrgicas Seguras para el personal de enfermería del Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito, entre los objetivos específicos se encuentran. Valorar el cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras aplicadas por el personal de enfermería de Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito en el período julio-octubre del 2017. Identificar los factores que influyen en el cumplimiento de las Práctica Quirúrgicas Seguras en Centro Obstétrico. Elaborar una propuesta de programa de capacitación estratégica al personal de enfermería de Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito para mejorar el cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras.

Fecha: Ibarra, 17 de mayo de 2018



MSc. Yaan Manuel Quintana Santiago

Director



Sandra Elizabeth Castillo García

Autora

DEDICATORIA

A Dios, por darme tantas bendiciones entre ellas la vida, la sabiduría necesaria para culminar esta meta académica y permitirme enaltecer esta noble profesión como es la Enfermería.

A mis hijas Alejandra y Dannae, a mis padres Manuel y Mariana, por el apoyo incondicional durante mis estudios, por darme la oportunidad de crecer intelectual y profesionalmente y seguir disfrutando de su amor y comprensión, aunque eso significase en algunos casos, sacrificar parte del tiempo que por derecho les correspondía.

Mil gracias por estar siempre ahí en todos esos momentos difíciles.

Sandra Elizabeth Castillo García

AGRADECIMIENTO

Sin duda alguna, la elaboración de un trabajo especial como el presente, requiere de la participación activa de diversas personas, quienes hacen posible la obtención de una investigación de calidad.

Es por ello que quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que han contribuido de una u otra manera para finalizar este trabajo.

A los docentes de la Universidad Técnica del Norte, quienes con sus valiosos conocimientos han contribuido a mi formación profesional.

A todos mil gracias.

Sandra Elizabeth Castillo García

ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE GENERAL.....	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS.....	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN	xii
CAPÍTULO I.....	1
1. Problema Científico	1
1.1 Antecedentes.....	1
1.2 Planteamiento del Problema	1
1.3 Formulación del Problema.....	3
1.4 Justificación de la Investigación	3
1.5 Objetivos de la Investigación.....	6
1.5.1. Objetivo General	6
1.5.2. Objetivos Específicos.....	6
1.6 Preguntas directrices	7
CAPÍTULO II	9
2. Marco Teórico	9
2.1 Marco Contextual	9
2.2 Marco Conceptual.....	10
2.2.1 Calidad y atención en salud.....	10
2.2.2 Prácticas Quirúrgicas Seguras.....	16
2.2.3 Desarrollo de habilidades según la teoría de Patricia Benner.	19
2.2.4 La capacitación de los recursos humanos en salud	21
2.3 Marco Legal.....	25
2.4 Marco Ético.....	26

CAPÍTULO III.....	28
3. Marco Metodológico	28
3.1 Tipo de Investigación.....	28
3.2 Métodos de investigación	28
3.3 Población y Muestra	30
3.4. Criterios de Inclusión.....	31
3.5. Criterios de exclusión.	31
3.6. Diseño Metodológico.....	31
3.7 Identificación y operacionalización de variables.....	31
3.8. Operacionalización.	32
3.9 Procedimiento	39
3.10 Técnicas e Instrumentos de Investigación	41
3.11 Técnica de procesamiento y análisis de datos	42
3.12 Resultados esperados	42
3.12.1 En lo económico-social	42
3.12.2 En lo Cultural	42
3.12.3 En lo científico.	42
CAPÍTULO IV.....	44
4. Análisis e Interpretación de Resultados	44
4.1 Características de la muestra.....	44
4.2 Valoración del cumplimiento de los procedimientos basados en la Lista de Verificación de la seguridad de la Cirugía (LVSC).....	45
4.3 Identificación de factores que influyen en el cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras.	50
4.4 Interpretación y discusión de los Resultados.....	51
4.4.1 Calidad del cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras.	51
4.4.2 Análisis de los factores que influyen en el cumplimiento de las Práctica Quirúrgicas Seguras.	55
CAPÍTULO V	58
5. Propuesta.....	58
CAPÍTULO VI.....	69
6. Conclusiones y Recomendaciones	69

6.1 Conclusiones	69
6.2 Recomendaciones	70
BIBLIOGRAFÍA	71
ANEXOS	78
Anexo A. Consentimiento Informado para Profesionales de Enfermería de Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito.....	79
Anexo B, Guía de Observación	80
Anexo C. Guía de Entrevista.....	84

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

Cuadro 1. Distribución de los sujetos observados según categoría del personal de enfermería a cargo de la LVSC.....	44
Cuadro 2. Cumplimentación de los procedimientos de la LVSC antes de la inducción anestésica por parte de los enfermeros circulantes. N= 47.	46
Cuadro 3. Cumplimentación de los procedimientos de la LVSC antes de la incisión cutánea por parte de los enfermeros circulantes. N= 47.	44
Cuadro 4. Cumplimentación de los procedimientos de la LVSC antes que el paciente salga del quirófano por parte de los enfermeros circulantes. N= 47.....	45
Cuadro 5. Distribución estadística de los pasos no cumplimentados de la lista de verificación quirúrgica por el personal de enfermería. N= 1128	47
Cuadro 6. Factores influyentes en el cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras. N=11	48
Gráfico 1. Distribución de los sujetos según cumplimentación de los pasos de la lista de verificación quirúrgica.....	46

“PROGRAMA DE CAPACITACIÓN ESTRATÉGICO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS QUIRÚRGICAS SEGURAS JULIO OCTUBRE 2017”

AUTORA: Sandra Elizabeth Castillo García

CORREO: castillo-azul@hotmail.com

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud promueve las Prácticas Quirúrgicas Seguras mediante el uso de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía (LVSC) con el propósito de disminuir complicaciones y muertes por atenciones quirúrgicas. Con el objetivo de fundamentar la capacitación estratégica del personal de enfermería de Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito, se llevó a cabo una investigación cuanti-cualitativa, de componente descriptivo y corte transversal para valorar el cumplimiento de la LVSC en 47 enfermeros que laboraron en el salón de operaciones en el período de julio a octubre de 2017. Como resultado de la aplicación de una Guía de Observación, se obtuvo que solo cuatro de los pasos procedimentales fueron cumplimentados por el total de los sujetos; existieron deficiencias significativas en 18 elementos de la Guía; y casi la mitad de los enfermeros, 44,7% no cumplimentaron adecuadamente todos los pasos, lo cual representa una diferencia significativa (DE 8,7; IC +95%: 2,4). Se concluye que el cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras en el centro estudiado no se alcanza y está influido por la falta de conocimientos, la escasa atención a las responsabilidades; así como la insuficiente comunicación e información entre los miembros del equipo quirúrgico. Como propuesta válida se elaboró el programa de capacitación estratégica para el personal de enfermería, que responde a los problemas identificados y es contenido de actividades que permitirán la adquisición de conocimientos y habilidades en el uso de las LVSC, el trabajo en equipo y la toma de decisiones.

Palabras clave: Calidad en Salud, Prácticas Quirúrgicas Seguras, Capacitación estratégica, Personal de enfermería.

"STRATEGIC TRAINING PROGRAM FOR NURSING PERSONNEL OF THE OBSTETRIC CENTER OF SAN FRANCISCO HOSPITAL OF QUITO TO IMPROVE THE COMPLIANCE OF SAFE SURGICAL PRACTICES JULY OCTOBER 2017 "

AUTORA: Sandra Elizabeth Castillo García

CORREO: castillo-azul@hotmail.com

ABSTRACT

The World Health Organization promotes Safe Surgical Practices through the use of the Surgery Safety Verification Checklist (LVSC) with the purpose of reducing complications and deaths due to surgical care. With the objective of supporting the strategic training of the nursing staff of the Obstetric Center of the San Francisco Hospital in Quito, a quantitative-qualitative, descriptive and cross-sectional investigation was carried out to assess compliance with the LVSC in 47 nurses who worked in the operating room in the period from July to October 2017. As a result of the application of an Observation Guide, it was obtained that only four of the procedural steps were completed by the total of the subjects; there were significant deficiencies in 18 elements of the Guide; and almost half of the nurses, 44.7% did not complete all the steps adequately, which represents a significant difference (SD 8.7, CI + 95%: 2.4). It is concluded that compliance with Safe Surgical Practices in the center studied is not achieved and is influenced by lack of knowledge, lack of attention to responsibilities; as well as insufficient communication and information among the members of the surgical team. As a valid proposal, the strategic training program for the nursing staff was developed, which responds to the problems identified and is content of activities that will allow the acquisition of knowledge and skills in the use of the LVSC, the team work and the taking of decisions.

Keywords: Quality in Health, Safe Surgical Practices, Strategic Training, Nursing Staff.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), promueve una cirugía segura a través de su reto “Cirugía Segura Salva Vidas”, cuyo objetivo es mejorar la seguridad de la atención quirúrgica en todo el mundo. Para ello ha diseñado la “Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía”, con el asesoramiento de cirujanos, anestesistas, enfermeros y otros expertos. La Lista de Verificación pretende desarrollar las Prácticas Quirúrgicas Seguras y fomentar la comunicación para el trabajo en equipo. Se trata de una herramienta para mejorar la calidad de las intervenciones quirúrgicas, reducir el número de complicaciones y de defunciones innecesarias. (Organización Mundial de la Salud, 2009)

El Hospital San Francisco de Quito del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) entre sus Prácticas Organizacionales Requeridas tiene incorporado el cumplimiento de la verificación de la Seguridad de la Cirugía, (Hospital San Francisco de Quito, 2015). En el mismo se recogen los propósitos de disminuir las complicaciones y muertes por atenciones quirúrgicas, y se menciona la necesidad de estudiar los procesos de atención médico quirúrgico para el mejoramiento continuo de la calidad.

Aunque la Lista de Verificación es sencilla en su concepto, asumir su implementación para generalizarla en un centro hospitalario es complejo ya que depende de la cultura organizacional, la motivación y la capacidad de adoptarla como propia.

Motivada por valorar el cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras por el personal de enfermería del Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito, la autora se propone desarrollar la presente investigación. Para ello se vale de la propia Lista de Verificación de la OMS aplicada al referido centro con algunas modificaciones que permita evaluar su estado y con ellos inferir las acciones de formación a incluir en la capacitación estratégica concretada en un programa docente para transformar esta situación.

El presente informe constituye el reporte final de una investigación que se ha estructurado en capítulos, según el estilo y formato de la Universidad Técnica del Norte (UTN) de Educador, con los siguientes elementos:

- Capítulo I, donde se recoge el problema de Investigación, se aborda su definición y comprende los antecedentes, planteamiento, formulación y descripción del problema, las preguntas directrices, la justificación, el objetivo general y los objetivos específicos.
- Capítulo II, lo constituye el marco teórico que desde el enfoque teórico, conceptual, histórico, científico y tecnológico, actualiza el estado del arte en relación con la calidad en salud y enfermería para luego abordar las Prácticas Quirúrgicas Seguras.
- Capítulo III, dedicado al diseño metodológico que comprende la descripción de la metodología utilizada y su justificación en función del tema elegido, el nivel de investigación; universo o población, muestra, criterios de inclusión y exclusión, los métodos o estructura de la unidad de análisis, confiabilidad, definición de variables e indicadores, instrumentos y aspectos éticos.
- Capítulo IV, en el que se presenta el análisis y discusión de los resultados en relación con el enfoque conceptual.
- Capítulo V, en el que se presenta la propuesta de capacitación.
- Capítulo VI, en el que se emiten conclusiones que resumen concretamente los principales resultados de la investigación y se realizan recomendaciones dirigidas a proporcionar soluciones a los nuevos problemas derivados del análisis.

- La bibliografía sigue el estilo APA, enumerado mediante números arábigos consecutivamente en el orden de aparición en el texto.
- Como anexos, figuran el consentimiento informado y la Guía de Observación diseñada para la recogida de datos.

CAPÍTULO I

1. Problema Científico

1.1 Antecedentes

La Alianza Mundial para Seguridad de los Pacientes (World Alliance for Patient Safety) ha lanzado el segundo reto global de seguridad de pacientes de la OMS: La Cirugía Segura Salva Vidas (Safe Surgery Saves Lives) en 2008. El objetivo de esta iniciativa es el uso de la Lista de Verificación de Cirugía Segura (Safe Surgery Checklist) de la Organización Mundial de la Salud. A escala internacional existen varios estudios acerca de la temática. En el ámbito nacional, se toma de referencia el estudio realizado por León y Ortiz (2016), “Cumplimiento de las prácticas quirúrgicas seguras por el personal de enfermería a los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente en los servicios de cirugía, centro quirúrgico y recuperación del hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda, durante el período de abril 2015 a septiembre 2015”. (León & Ortiz, 2016)

1.2 Planteamiento del Problema

El problema de la seguridad y supervivencia en cirugía está reconocido ampliamente en todos los países del mundo, incluso en los más desarrollados donde se plantea que la importancia y universalidad de las complicaciones y la muerte antes, durante y posterior al acto quirúrgico constituyen un serio problema de salud pública. La información científica que se ha recopilado no es suficiente aún, pero las estadísticas establecen cifras preocupantes de fallecidos en la población que recibe intervenciones quirúrgicas ya sean de urgencia o programadas. A partir de los llamados de alerta de instituciones y las acciones de la Organización Mundial de la Salud se ha identificado el papel del personal médico, de enfermería y auxiliares, conformado en equipo quirúrgico, para enfrentar de manera eficaz el cumplimiento estricto de pasos, acciones y operaciones que garantizan con un beneficio superior al costo del equipamiento, los medicamentos y la logística. La

experiencia mundial indica que la preparación del personal y la aplicación de listas de chequeo es una buena solución para lograr prácticas más seguras.

En América Latina, se reconoce la magnitud y amplitud del problema por diversos estudios y se ha decidido introducir las prácticas de cirugía segura demostrando así que las instituciones tanto privadas como públicas tienen la posibilidad de reducir los riesgos quirúrgicos y generar mayor nivel de confianza del paciente hacia el hospital y el equipo quirúrgico. A pesar de los esfuerzos y lo que representa en el costo eficacia de la cirugía en cuanto a vidas salvadas y discapacidades evitadas, se mantiene la falta de acceso a una atención quirúrgica de calidad que provoca muertes innecesarias.

Se requiere de acciones capacitantes para que los equipos de los hospitales alcancen, mantengan y superen las prácticas quirúrgicas seguras. Una de las formas es prepararlos y entrenarlos por diferentes vías para que adquieran los conocimientos, habilidades y actitudes frente a las mismas y utilicen de forma eficaz y de manera sencilla y natural las listas de chequeo.

El Hospital San Francisco de Quito del IESS en el mes de diciembre del 2016, bajo el modelo de Acreditación Canadá Internacional, recibió la Certificación de Acreditación en Calidad y Seguridad del paciente, al cumplir con los protocolos y estándares que garantizan la entrega de los servicios de salud con calidad, calidez y seguridad para los pacientes. En la actualidad se desconoce el nivel de cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras por el personal de enfermería del Centro Obstétrico, particularmente en el chequeo de Cirugía Segura, en la mejora de seguridad y atención brindada al paciente quirúrgico, lo cual puede se ha decidido estudiar en el período comprendido de julio a octubre de 2017.

El presente estudio pretende demostrar, mediante resultados avalados científicamente, los elementos de una propuesta con sentido estratégico para mejorar la práctica de enfermería frente a los actos quirúrgicos.

1.3 Formulación del Problema

¿Cómo mejorar la calidad de las Prácticas Quirúrgicas Seguras por personal de enfermería del Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito en el período julio-octubre de 2017?

1.4 Justificación de la Investigación

El presente trabajo de investigación se justifica por el principio de beneficio para la seguridad en el cuidado del paciente como componente crítico de la gestión de la calidad en el entorno sanitario. Se apoya en que la aplicación de sistemas de Seguridad del Paciente promueve el registro y uso de herramientas como la verificación de la lista de chequeo de Cirugía Segura para la prevención de eventos adversos.

Este tema es de actualidad y de interés local y nacional por estar orientado a la implementación de las Prácticas Organizacionales Requeridas en las diferentes casas de salud, y a plantear propuestas de solución a las actividades operativas para el cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras específicamente en la verificación de la lista de chequeo de Cirugía Segura; cabe resaltar que esta propuesta no existe en Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito.

Esta investigación propone describir conceptos relacionados con la seguridad del paciente, la seguridad de la atención de la salud, la seguridad de los procesos y calidad en salud con el objetivo final de alcanzar un entendimiento común y elaborar una propuesta estratégica de capacitación para reducir los riesgos inherentes y adquirir retos y compromisos en nuestra práctica quirúrgica diaria, para mejorar la seguridad de los pacientes a través del cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras.

Con referencia a lo anterior Centro Obstétrico es un área clave en el cumplimiento de Prácticas Organizacionales Requeridas, es necesario e importante el

cumplimiento de las mismas para garantizar la seguridad de los pacientes y favorecer a la excelencia en la calidad de la atención brindada al paciente quirúrgico.

Todo el equipo interdisciplinario que labora en Centro Obstétrico en especial el personal de enfermería, debe tener conocimiento y cumplir con responsabilidad los estándares de calidad implementados en esta casa de salud y el cumplimiento de los mismos deben ser evaluados y supervisados en forma permanente, para brindar al paciente seguridad y atención de alta calidad sin cometer errores ni correr riesgos.

El servicio de Centro Obstétrico no dispone de una evaluación del nivel de conocimiento y del cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras por parte del personal de enfermería, tomando en cuenta la socialización reciente en la implementación de las mismas. En tal sentido se requiere evaluar esta aplicación teniendo como base un estudio que permita identificar el nivel de conocimiento y el cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras por parte del personal de enfermería, que es el eje central de esta investigación.

Los resultados del estudio permitirán obtener información basada en evidencias la misma que se socializará con las autoridades y jefaturas de la institución sobre el nivel de conocimiento y el cumplimiento de Prácticas Quirúrgicas Seguras aplicadas por parte del personal de enfermería que labora en Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito, a fin de emplear esta información como elemento en la toma de decisiones para las mejoras continuas en la seguridad y calidad de la atención brindada al paciente quirúrgico.

Esta investigación es factible y viable de ser desarrollada porque cuenta con fundamentación científica, con la aprobación y apoyo de las autoridades de la institución, la colaboración del personal de enfermería, además que se dispone de los recursos materiales, económicos y logísticos para su aplicación.

Por lo tanto, si la cultura de la seguridad es importante para la institución y si la institución realiza sus procesos siempre pensando en la seguridad, los resultados positivos serán en beneficio de los pacientes quirúrgicos, personal de enfermería y equipo de salud ya que se les brindará una atención de calidad con una cultura de seguridad, resaltando las actividades orientadas a eliminar, reducir y mitigar riesgos y complicaciones en especial las relacionadas con las prácticas quirúrgicas seguras.

1.5 Objetivos de la Investigación

1.5.1. Objetivo General

- Fundamentar la capacitación estratégica en Prácticas Quirúrgicas Seguras para el personal de enfermería del Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Valorar el cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras aplicadas por el personal de enfermería de Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito en el período julio-octubre del 2017.
- Identificar los factores que influyen en el cumplimiento de las Práctica Quirúrgicas Seguras en Centro Obstétrico.
- Elaborar una propuesta de programa de capacitación estratégica al personal de enfermería de Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito para mejorar el cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras.

1.6 Preguntas directrices

- ¿Cuál es el nivel de cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras por el personal de enfermería de Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito?
- ¿Cuáles son los factores que influyen en el cumplimiento de las prácticas quirúrgicas Seguras en Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito?
- ¿La elaboración de un programa de capacitación estratégico en la temática contribuirá a la mejora de la seguridad en esta área?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1 Marco Contextual

El presente trabajo de investigación se realizó en Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito-IESS. La información que se proporciona a continuación fue tomada del Sitio Web Oficial del Hospital San Francisco de Quito (2015) y del Manual de Funcionamiento de Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito. (Hospital San Francisco, 2015).

El Hospital San Francisco de Quito se inauguró el 5 de diciembre del 2011, está certificado como Hospital General, de Segundo Nivel de Atención, según la clasificación de los Servicios de Salud por nivel de atención y capacidad resolutiva, establecido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el Modelo de Atención de Salud.

Brinda atención de Salud a la población del Norte de Quito y del Norte del país, actualmente la población aproximada es de 146 mil 133 habitantes. Las parroquias de mayor afluencia son Carcelén, Calderón, Carapungo, Guayllabamba, Pomasqui, entre otras. Además, da cobertura a las transferencias de otras instituciones del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y de la red del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

El Hospital San Francisco de Quito se encuentra ubicado en la provincia de Pichincha, al Norte de la ciudad de Quito, en la parroquia de Carcelén, en la intersección de la Av. Jaime Roldós Aguilera y calle Mercedes González.

Centro Obstétrico

Centro Obstétrico es parte del Hospital San Francisco de Quito entre los objetivos está el de establecer y fortalecer un vínculo entre enfermera – paciente por eso hacen de esta área clave, para el desarrollo de actividades para el mejoramiento de la salud y seguridad de las pacientes, por ser de transición entre lo clínico y lo quirúrgico requiere de elementos e instrumentos técnicos.

Esta área cuenta con dos salas para partos y tres quirófanos asignados para realizar cirugías ginecológicas, cirugías laparoscópicas, cesáreas, emergencias obstétricas y procedimientos quirúrgicos entre otros. Además, tiene acceso a las áreas de Neonatología, Central de Esterilización, Centro Quirúrgico, Unidad de Cuidados Intensivos y Emergencia.

2.2 Marco Conceptual

La fundamentación teórico-conceptual de la propuesta se basa en aspectos relacionados con la calidad de los servicios en salud y en particular de enfermería, así como la implementación de Prácticas Quirúrgicas Seguras para garantizar la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

2.2.1 Calidad y atención en salud.

El término "calidad" se emplea cada vez con más frecuencia en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana, pero con mayor énfasis en el mundo empresarial, de los servicios, la industria entre otros.

Al decir de Malagón y Londoño (2006) es importante diferenciar entre la calidad de un producto y la de un servicio. En un producto la calidad responde a las características externas y a su efectividad aislada. La de un servicio reúne una gran cantidad de factores y complejidades; el autor plantea que “prevalece la impresión de conjunto y no el éxito relativo de una u otra acción específica”. Con esto se

entiende que en el servicio de salud participan las políticas existentes, las decisiones administrativas, el personal y sus condiciones y competencias, factores de comunicación, trabajo en equipo entre otros elementos de relación humana. (Malagón, Galán, & Pontón, 2006)

Según el Diccionario de la Lengua Española (2014), define la calidad como “Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie.” (Real Academia Española, Asociación de Academias de la Lengua Española., 2014)

A escala internacional múltiples organismos se han creado con el único propósito de velar porque la calidad sea el elemento distintivo en la producción y los servicios. Por tan solo mencionar algunas de estas entidades, se puede hacer referencia a la Organización Europea para la Calidad (EOQ), la United Kingdom Accreditation Service (UKAS), el Latin American Quality Institute y la International Organization for Standardization (ISO), entre las más prestigiosas.

Tomando como referencia conceptual al referente más fuerte en la temática, la International Organization for Standardization (2015) en su norma ISO 9000/2015, la calidad es “El conjunto de características de una entidad que le otorgan la capacidad de satisfacer necesidades expresadas e implícitas. Es la capacidad de un conjunto de características intrínsecas para satisfacer requisitos”. (International Organization for Standardization, 2015). También sería la capacidad de lograr los objetivos de operación buscados por una organización.

En opinión de Jean-François Pillou (2004), en la práctica, hay dos tipos de calidad:

- Calidad externa, que corresponde a la satisfacción de los clientes. El logro de la calidad externa requiere proporcionar productos o servicios que satisfagan las expectativas del cliente para establecer lealtad con el cliente y de ese modo mejorar la participación en el mercado. Los beneficiarios de la calidad externa son los clientes y los socios externos de una compañía. Por lo tanto, este tipo

de procedimientos requiere escuchar a los clientes y también debe permitir que se consideren las necesidades implícitas que los clientes no expresan.

- Calidad interna, que corresponde al mejoramiento de la operación interna de una compañía. El propósito de la calidad interna es implementar los medios para permitir la mejor descripción posible de la organización y detectar y limitar los funcionamientos incorrectos. Los beneficiarios de la calidad interna son la administración y los empleados de la compañía. La calidad interna pasa generalmente por una etapa participativa en la que se identifican y formalizan los procesos internos. (Pillou, 2014)

Calidad en salud

Para todos los encargados de gestionar la salud en los servicios y en la comunidad, la calidad debe ser el paradigma fundamental para el mejoramiento de las condiciones de vida de los individuos y los grupos sociales.

Aunque la calidad parece un atributo inherente y obvio a la prestación de los servicios de salud no siempre esta se garantiza. Se debe desde la perspectiva de la equidad y la eficacia realizar estudios de los procesos y resultados del quehacer en la atención integral de la salud, en forma sistemática y sistémica.

El primer indicio médico para mejorar la calidad de la atención aparece en 1846 cuando se instituye la Asociación Médica Americana siendo precisamente este uno de sus objetivos. En 1965 inicia sus trabajos de calidad el Doctor Avedis Donabedian (1990), una de las máximas autoridades en este campo, define la calidad de la atención como el tipo de atención que se espera, que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez que se ha tomado en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas, que se relacionan con todas las partes del proceso de atención.

Según Ramos et al. (2004) la calidad de la atención de salud no significa atención exclusiva o sofisticada, sino que se relaciona con la satisfacción total de las necesidades de aquellos que más necesitan el servicio, al menor costo de la organización, y dentro de los límites fijados por las organizaciones superiores. (Ramos, y otros, 2004).

Además, resalta como elementos de interés: equidad, eficacia, eficiencia y efectividad.

- Equidad: referente a aquellos que más lo necesitan, teniendo en cuenta los grupos más vulnerables.
- Eficiencia: al menor costo de la institución, que implica lograr los objetivos con el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles. Los efectos o resultados finales obtenidos en relación con el esfuerzo realizado en términos de dinero, recursos y tiempo.
- Eficacia: cuando las acciones que se realizan sobre los pacientes permiten obtener los resultados esperados o deseados, es decir el efecto de una acción.
- Efectividad: es la medida del impacto de un procedimiento, contempla el nivel con que las pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios son proporcionados y al grado en que la atención para el paciente es coordinada entre los médicos, enfermeras, instituciones y en el tiempo, es un atributo que solo puede evaluarse en la práctica real de la medicina.

Aguirre Gas (2010) refuerza la concepción de una calidad en salud expresada en cuatro elementos relativos al proceso de atención: oportunidad, competencia profesional, seguridad y ética; así como dos elementos referentes a los resultados: la satisfacción de las necesidades de salud y la satisfacción de las expectativas. Aun cuando en este concepto no se hace referencia a elementos de la estructura, los pacientes y sus familiares los mencionan como necesarios para la satisfacción de sus expectativas, al igual que con los gastos que hubiera sido necesario erogar a favor de médicos y hospitales. (Aguirre, Zavala, Hernández, & Fajardo, 2010)

Calidad en enfermería

Coincidiendo con la opinión de Capurro M. (2010), emitida en su Informe de Investigación, la calidad de la atención en los servicios de salud, es responsabilidad de los diferentes grupos que trabajan en las instituciones de salud, sin embargo el papel del personal de enfermería es de particular importancia, ya que es quien brinda atención directa y está en contacto por más tiempo con el paciente, por lo que una atención interpersonal de buena calidad es necesaria para lograr la satisfacción de los pacientes ya que, como menciona Donabedian, son extraordinariamente sensibles al trato que reciben y con frecuencia utilizan básicamente ese elemento al juzgar la calidad de la atención como un todo, incluyendo los méritos técnicos. (Capurro, 2008)

A la luz del concepto de enfermería expresado por Virginia Henderson (1966), la calidad de atención de enfermería se puede definir como la consecución de conjuntos de características y acciones que posibilitan la restauración en cada paciente, del nivel de salud que es dado remitirle. Se puede expresar la calidad de la asistencia sanitaria en dar respuestas adecuadas a las necesidades y expectativas del usuario de los servicios de salud, con los recursos humanos y materiales de que disponemos y el nivel de desarrollo científico actual, para lograr el máximo grado de desarrollo posible de satisfacción tanto para el usuario como para los profesionales al costo más razonable. (Henderson, 1966)

La calidad tiene además un componente académico que se expresa en la forma en que una institución docente o académica establece vías, métodos y acciones de planificación, ejecución y control de los procesos de superación y capacitación. El propósito no es puramente académico, sino que debe enfocarse en lograr en sus estudiantes los conocimientos y habilidades para la actividad profesional que por encargo social desarrolla la institución; Ramos, defiende este criterio en su trabajo sobre “Calidad de la Atención en salud” (Ramos, 2004).

Desde ese punto de vista de autores como Kent se definen cuatro conceptos diferentes de la calidad, que son:

- La calidad como lo excepcional, que ha sido el concepto académico tradicional.
- En la consistencia de un producto, que es la conceptualización propia de la producción industrial.
- En el cumplimiento de una misión, que es el concepto gerencial, que se enmarca en el análisis de la eficiencia y eficacia del cumplimiento de una tarea o misión.
- En la satisfacción de las necesidades del usuario, que es el que se emplea en el mercado.
- En la transformación del hombre, que es el concepto educacional o pedagógico contemporáneo de formación de los individuos y grupos sociales.

En la actividad de enfermería la calidad de la formación y capacitación se expresa en varias dimensiones. Está dada por el cumplimiento de su misión de preservar y curar en contacto directo y sistemático con el paciente; en cierto modo por la satisfacción de necesidades físicas y espirituales de salud; y en ese mismo sentido hay un componente humanista de la formación y capacitación. Para llevar a cabo acciones de mejoramiento de la calidad, todas ellas deben ser consideradas en cualquier proceso de capacitación.

En calidad de enfermería existen experiencias como las de Trincado y Fernández en Cuba (1995), quienes refieren que el personal de enfermería incide en numerosos factores de la estructura y los procesos en la calidad, los cuales se encuentran estrechamente vinculados. Los elementos de estructura: tienen su base en la elevación del nivel de autoridad formal del personal y los equipos en las estructuras de dirección; en la participación activa en la elaboración de Programas de Salud, Normas y procedimientos; participación en la planificación de recursos humanos a formar planes y programas de estudios y en las plantillas que requieren las unidades; en la asesoría en los proyectos de obras, en instituciones de salud. En los procesos están: la aplicación de la atención de Enfermería, basada en Programas, Normas y

Reglamentos; los programas de educación continuada, en su programación y desarrollo.

Indudablemente que la calidad está influida por la seguridad del paciente y en ese aspecto el personal de enfermería juega un rol importante. En la declaración de posición del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) sobre la seguridad de los pacientes, se expone que la seguridad del paciente es fundamental en la Enfermería y en la atención de salud de calidad. Algunos estudios indican que los médicos, los administradores y las enfermeras consideran que la seguridad de los pacientes incumbe ante todo a la Enfermería.

2.2.2 Prácticas Quirúrgicas Seguras

En octubre de 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en respuesta a la Resolución 55.18 de la Asamblea Mundial de la Salud, en la que se instaba a la OMS y a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad de los pacientes. La Alianza promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención, y apoya a los Estados Miembros en la formulación de políticas y prácticas para la seguridad de los pacientes. Cada año la Alianza organiza programas que tratan aspectos sistémicos y técnicos para mejorar la seguridad de los pacientes en todo el mundo. (Organización Mundial de la Salud, 2009)

Un elemento fundamental del trabajo de la Alianza es la formulación de Retos Mundiales por la Seguridad del Paciente. Cada dos años se formula un nuevo reto destinado a impulsar el compromiso y la acción internacional en un aspecto relacionado con la seguridad del paciente que suponga un área de riesgo importante para todos los Estados Miembros de la OMS.

El primer reto se centró en las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, el tema elegido para el segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente fue la seguridad de las prácticas quirúrgicas. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

Las Prácticas Quirúrgicas Seguras se definen como una serie de acciones que deben realizar los profesionales de salud durante un proceso quirúrgico para mejorar la seguridad de los pacientes/usuarios y minimizar los riesgos. Las acciones están agrupadas en los siguientes grupos:

- Tratamiento de enfermería preoperatoria.
- Tratamiento de enfermería intraoperatoria.
- Lista de Verificación de la Cirugía Segura.
- Tratamiento de enfermería postoperatoria.

La OMS desarrolló una estrategia desde 2008, denominada “La Cirugía Segura Salva vidas” que se creó como un esfuerzo para mejorar la seguridad de los pacientes y reducir las muertes directamente relacionadas con malas prácticas quirúrgicas. Varios autores refieren la importancia de la Cirugía Segura y el rol de las LVCS (González Acero, 2012); (MINSA, 2009); (García, 2012); (Torres, 2017) y (Arena, 2011) . Los mismos aluden al valor de los instrumentos que midan la cantidad y la calidad de la atención, lo cual sería imposible de evaluar adecuadamente sin la LVCS. Es por ello que constituye un componente esencial del éxito de cualquier programa de mejora su implementación. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

Por esas razones, se identificaron estándares mínimos universales del cuidado quirúrgico, dando como resultado, entre otros la Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS) simple y breve, de bajo costo y alto impacto a nivel social, que define el entorno de seguridad del paciente durante la cirugía, la cual se puede adaptar y modificar de acuerdo con las necesidades de cada institución. (Organización Mundial de la Salud, 2009)

Referido a la *seguridad quirúrgica*, es un término que Alcócer (2014) expone como “el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente probada, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”. Por tanto la seguridad es un componente esencial de la calidad del servicio de salud; sumado a la oportunidad, la accesibilidad, la pertinencia y la continuidad. En este aspecto juega un rol importante el equipo quirúrgico compuesto por aquellas personas que forman parte activa de la intervención quirúrgica. (Alcócer & Torres, 2014)

Lista de verificación de cirugía segura

La Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes de la OMS (WHO World Alliance for Patient Safety), la Comisión Conjunta, el Consejo Australiano para la Seguridad y Calidad del Cuidado de la Salud (Australian Council for Safety and Quality in Health Care), y la Agencia Nacional de Seguridad de Pacientes del Reino Unido (United Kingdom’s National Patient Safety Agency) han desarrollado protocolos y listas de verificación similares para prevenir que se practiquen cirugías en lugares incorrectos, con procedimientos incorrectos y en pacientes incorrectos.

La Alianza Mundial para Seguridad de los Pacientes (World Alliance for Patient Safety) ha lanzado el segundo reto global de seguridad de pacientes de la OMS: La Cirugía Segura Salva Vidas (Safe Surgery Saves Lives) en 2008. El objetivo de esta iniciativa es el uso de la Lista de Verificación de Cirugía Segura (Safe Surgery Checklist). (Organización Mundial de la Salud, 2008)

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

La Lista de verificación divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un período de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: El período anterior a la inducción de la anestesia (Entrada), el período posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica) y el período de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (Salida).

Debe haber una única persona encargada de aplicar y rellenar la Lista de Verificación durante una operación. Por lo general, ese “Coordinador de la lista” será un enfermero circulante, pero también podría ser cualquier clínico o profesional sanitario que participe en la operación. (Organización Mundial de la Salud, 2009)

La lista de chequeo de cirugía segura refuerza las prácticas quirúrgicas, es segura y reconocida y fomenta una mejor comunicación y trabajo entre las disciplinas clínicas, reduciendo así los eventos adversos evitables. Cada punto ha sido incluido basándose en evidencias científicas y opinión de los expertos de su inclusión, y considerando que es poco probable que la adherencia al mismo origine daños y costos significativos. (Alcócer & Torres, 2014). Varios autores refieren a la importancia de la LVCS como factor clave en las Buenas Prácticas para la actividad quirúrgica y su impacto en la salud de las poblaciones (Campaña, 2006); (Rubio, 2015); (Varas 2008) y (Villareal, 2007).

El Ecuador según Acuerdo Ministerial 4499, dispone la adopción e implementación de la “Lista de Verificación de la Cirugía Segura”, el “Manual de aplicación de la Lista de Verificación de la cirugía segura”, desde noviembre de 2013 para la aplicación del mismo en todo el territorio ecuatoriano.

2.2.3 Desarrollo de habilidades según la teoría de Patricia Benner.

Para el logro de la calidad en salud y sus parámetros de eficacia, eficiencia, y efectividad; así como el enfoque en seguridad y bienestar la formación de

habilidades en el personal de enfermería debe ser amplia y diversa. Esa formación ha pasado de ser una transmisión de información y experiencias empíricas, a una formación con basamento científico. Sin perder la importancia del saber adquirido en la práctica, el proceso de aprendizaje de las habilidades se fundamenta en varias teorías. Una de las más difundidas y aplicables al contexto de investigaciones sobre capacitación es la publicada por Patricia Benner (2004), enfermera norteamericana, que estudió la práctica de la enfermería clínica, con el fin de describir el conocimiento que sustentaba dicha práctica.

Benner utilizó "El modelo de adquisición y desarrollo de habilidades y competencias" de los hermanos Dreyfus y publicó sus resultados en 1984 en su teoría denominada "De principiante a Experto: excelencia y dominio de la práctica de enfermería clínica". En este se expone que cuando el profesional adquiere experiencias de forma progresiva, el conocimiento clínico se convierte en una mezcla de conocimiento práctico y teórico. En sus estudios observó, que las habilidades basadas en la experiencia son más seguras y rápidas cuando se produce a partir de una base educativa sólida y que dependiendo en qué etapa se encuentre el profesional se crearán diversas estrategias de aprendizaje. Los hermanos Dreyfus clasifican las etapas de este aprendizaje práctico en orden creciente; estructura que Benner utiliza al categorizar los aprendices como:

- Principiante: se utiliza la experiencia específica.
- Principiante avanzado: se utiliza el pensamiento analítico basado en normas de la institución.
- Competente: el estudiante percibe que toda la formación es importante.
- Eficiente: se pasa de ser un observador externo a tener una posición de implicación total.
- Experto: valora los resultados de la situación.

Según Benner cuando el saber práctico logra encauzar el cuidado humanizado, en etapas superiores se producen en el profesional sentimientos motivadores enfocados en la capacitación y en la búsqueda de nuevas ideas para su desempeño. De esta

forma genera una evolución en el conocimiento, lo integra con el saber teórico, desde esta visión, la formación de profesionales expertos a través de la experiencia está ligada a la toma de decisiones clínicas y éticas, y a las consecuencias que conlleva dichas decisiones. (Benner, 2004)

Coincidiendo con Cathcart (2008) la enfermera/o que desarrolla su labor en el área asistencial, cada vez que afronta una situación realiza un aprendizaje que puede generarse por elementos de transformación o por repetición creando las habilidades y destrezas que solo son propias de la práctica clínica. (Cathcart, 2008)

De lo anteriormente expuesto, y desde la Teoría de Benner, se infiere que, para lograr una capacitación y formación en función de la calidad del trabajo de enfermería, se requiere un conjunto de influencias desde lo teórico, las habilidades, las actitudes, el ejemplo o figura del tutor, el control de los administrativos que dirigen o conducen procesos; hasta lograr el tránsito de principiante a experto.

2.2.4 La capacitación de los recursos humanos en salud

Los recursos humanos en cualquier organización definen el éxito o fracaso en el logro de sus objetivos, y en el sistema de salud tienen la mayor relevancia porque de ellos depende el bien más preciado del ser humano: la salud o la vida. “El éxito de una organización depende cada vez más del conocimiento, habilidades y destrezas de sus trabajadores, es por ello que la razón fundamental de capacitar a los trabajadores es darles los conocimientos, actitudes y habilidades que requieren para lograr un desempeño óptimo”. (Araujo & Guerra, 2010)

A nivel de América Latina se profundizan las diferencias de recursos, en especial los humanos y en particular los recursos de enfermería. Así lo demuestran los estudios estadísticos que comparan las inequidades entre la América Latina y los países desarrollados con economías consolidadas. El recurso humano de enfermería sigue siendo de los menos privilegiados en todos los sentidos, económico, político y educativo. (Cabrera, 2006)

Para lograr el cambio en el sector de enfermería se requieren mayores proyectos y programas educativos, dirigidos a los graduados y con sentido y significado hacia la profesión. Cuando se pretende educar a los adultos en su trabajo o para su trabajo, como en el caso de enfermería, se debe tener en cuenta que el punto de partida del aprendizaje es la experiencia adquirida en la vida diaria, ya que es en lo cotidiano donde el adulto la obtiene y percibe sus carencias, es por ello que el proceso educativo debe estar basado en la andragogía, es decir la pedagogía del adulto. (Bates & Domínguez, 2008)

La capacitación de los recursos humanos en salud, es premisa fundamental para el exitoso desarrollo de este sector. La temática debe considerarse como una prioridad en todos los niveles, desde el organismo rector a escala internacional, hasta las instituciones de salud.

Política de capacitación de la Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (2017), al expresar la misión del Departamento OMS de Recursos Humanos para la Salud (HRH), en la cual declara «proporcionar a todo el mundo acceso equitativo a un personal sanitario, formado, competente y que cuente con apoyo, con el fin de contribuir a alcanzar el grado más alto posible de salud». (Organización Mundial de la Salud, 2017)

Este organismo, desde hace aproximadamente 30 años, enfatizó en la búsqueda de la continuidad de las acciones educativas para mantener lo que ahora se llama la competencia profesional y en el desarrollo de nuevas aproximaciones metodológicas para facilitar el proceso educativo.

Más tarde, y como consecuencia de aquella propuesta de educación continua, se fue construyendo progresivamente, con base en las experiencias de trabajo educacional desarrolladas y con la participación de grupos de profesionales y técnicos de América Latina, la propuesta teórico-metodológica de lo que ahora se conoce como Educación Permanente en Salud.

A diferencia de la capacitación convencional, la educación permanente se define desde el ámbito laboral y con el protagonismo del personal de salud (y por ello se apoya mucho en la educación de adultos) y trata de orientarse hacia objetivos de mejora de los servicios de salud (calidad, efectividad, eficiencia, equidad). A partir de una problematización de las prácticas sanitarias (y no sólo para mejorar la disponibilidad o actualidad de la información o del saber técnico) y teniendo como mediador un proceso educativo que asegura aprendizajes significativos, trata de configurar condiciones para la transformación de las prácticas. (Secretaría de Salud, 2015)

La propuesta pedagógica utilizada en la capacitación permanente necesita considerar a los trabajadores como sujetos de un proceso de construcción social de saberes y prácticas, preparándolos para ser sujetos de sus propios procesos de formación a lo largo de toda su vida. La capacitación precisará incidir sobre el proceso de trabajo, siendo realizada de preferencia en el propio trabajo, evaluada y monitorizada por los participantes. (Peixoto, y otros, 2012)

Una de las formas más eficientes en Educación Permanente sería la Educación en el Trabajo en Enfermería. La capacitación en esta tendencia educativa hace hincapié en la formación y desarrollo del personal de enfermería, que normalmente es desarrollada por profesionales vinculados a los programas de educación continua. Así, la educación es vista como una poderosa herramienta para la formación profesional. Independientemente del enfoque que sea dado o de las estrategias educativas empleadas, su objetivo es desarrollar las capacidades para la correcta ejecución del trabajo, suplir las exigencias institucionales y mejorar los servicios de salud. (Da Silva, Schubert, Vânia, & Lenise, 2014)

Los beneficios de la capacitación en salud.

En este acápite se tomará de referencia el documento emitido por el Ministerio de Salud peruano, en el que se destacan los beneficios de la capacitación del personal de salud.

Por lo general, los beneficios de la capacitación para una institución tienen que ver con la reducción de los costos operacionales, a partir de una mejor utilización de los recursos. Tales beneficios pueden estimarse comparando la situación que existe (o podría existir, en el caso de las acciones de capacitación preventivas) sin la capacitación, por una parte, con la situación que existe después de la capacitación, por otra. Al hacer esta comparación, hay que tener especial cuidado de eliminar posibles efectos de otros factores. Por ejemplo, un aumento en el número de placas radiográficas de un hospital puede deberse al uso de nuevas tecnologías de procesamiento de las placas, más que a la capacitación del personal.

Algunos de los beneficios de la capacitación son tangibles, en el sentido de que pueden ser medidos y valorizados con razonable exactitud y relativa facilidad. Estos tienen que ver con economías en el uso de recursos tales como el personal; los recursos materiales y los servicios; y, los equipos y las instalaciones. A título ilustrativo, se presenta una lista de posibilidades de reducción de costos en cada una de estas áreas, gracias a la capacitación del personal.

- a) Economías relacionadas con los recursos humanos:
- menor tiempo de adaptación a un nuevo trabajo,
 - reducción de los costos de contratación de personal,
 - menor rotación del personal,
 - menos necesidad de supervisión,
 - disminución de accidentes y enfermedades en el trabajo (o menor costo de seguros por accidentes y enfermedades),
 - disminución del ausentismo por accidentes y enfermedades,

- aumento del rendimiento (reducción del tiempo de trabajo requerido por unidad de producto).
 - menores necesidades de asesoría externa.
- b) Economías relacionadas con los recursos materiales y servicios:
- reducción de los desperdicios de insumos,
 - reducción de la tasa de errores en los exámenes de laboratorio en los controles de calidad,
 - reducción del consumo de energía por unidad de producto.
- c) Economías relacionadas con el uso de equipos e instalaciones:
- reducción del tiempo ocioso de los equipos e instalaciones por concepto de fallas y ajustes,
 - mayor vida útil de los bienes de producción (menores costos de depreciación),
 - mejor aprovechamiento del espacio.

Además de los anteriores, la capacitación puede contribuir a lograr mejoras intangibles en la organización, las que deben ser evaluadas de manera más bien subjetiva. Entre éstas, las principales están relacionadas con el clima organizacional; las comunicaciones; la satisfacción y la motivación del personal; la imagen de la institución; la creatividad del personal; y, la protección del medio ambiente. (Ministerio de Salud, 1998)

2.3 Marco Legal

La aplicación en Ecuador de la “Lista de Verificación de la Cirugía Segura”, tiene un respaldo legal:

- Constitución de la República del Ecuador
- Plan nacional para el buen vivir 2013-2017
- Ley de derecho y amparo del paciente

- Código Orgánico Integral Penal

En la *Constitución de la República del Ecuador*, los artículos que reflejan aspectos de la temática en cuestión son: 32, 358, 359, 362 y 365. (Asamblea Constituyente, 2008)

El *Plan nacional para el buen vivir 2013-2017*, plantea en su tercer objetivo la mejora de la calidad de vida de la población. (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013)

La *Ley de derecho y amparo del paciente* aboga por el cuidado al paciente y la protección del mismo. En su Capítulo II artículos 2, 3, 4 y 5 se clarifican los derechos de los pacientes, así como en el Capítulo III, artículo 8 se ilustra el amparo al paciente en situaciones de emergencia. (Congreso Nacional, 2006)

El *Código Orgánico Integral Penal*, en su libro primero artículo 146 define al homicidio culposo por mala práctica profesional. (Asamblea Nacional de la República del Ecuador, 2008)

2.4 Marco Ético

Antes de iniciar la recolección de datos se solicitaron los permisos correspondientes a las autoridades de la institución, con el fin de obtener las facilidades pertinentes.

Se informó a todo el personal de enfermería que participará en la investigación, explicando el carácter voluntario, anónimo y confidencial de la investigación. Para la participación en el estudio se requirió que cada participante conociera, entendiera y aceptara participar firmando el consentimiento informado (Anexo A), en el cual se plasmó toda la información necesaria.

La aplicación de la Guía de Observación no interfirió con el trabajo del servicio, pues se aplicó durante la realización del procedimiento, pero sin interferir en el mismo.

Toda la información emanada de la presente investigación se mantuvo bajo el principio de confidencialidad, por lo que esta se manejó de forma reservada, sin ser transmitida a terceros, sin consentimiento de los titulares. Para ello la investigadora, firmó debidamente un Acta de Confidencialidad.

Por otra parte es de destacar que toda la información recopilada, a los efectos de ésta investigación, fue de uso exclusivo para este fin.

Se garantizó la anonimización de datos, de manera que durante las observaciones no se registraron directamente nombres y apellidos, ni datos que puedan identificar al personal de enfermería participante.

CAPÍTULO III

3. Marco Metodológico

3.1 Tipo de Investigación

Se trata de una investigación enfocada en el paradigma emergente o mixto: cuantitativa, según consideraciones de Aravena (2006). El estudio cuantitativo, observacional, fue descriptivo de corte transversal para valorar el cumplimiento de la Lista de Verificación en Cirugía Segura por parte del personal de enfermería. En otra etapa de la investigación, con carácter cualitativo, se desarrolló el diseño de un programa de capacitación estratégica para el personal de enfermería con el propósito de mejorar la calidad de las prácticas quirúrgicas seguras. (Aravena, Kimelman, Micheli, Torrealba, & Zúñiga, 2006)

3.2 Métodos de investigación

Se utilizaron métodos de investigación de nivel teórico y empírico; así como procedimientos del método estadístico y matemático. Los mismos se concretaron de la siguiente forma:

- **Métodos teóricos:** para la realización de la búsqueda de los antecedentes relacionados con las Prácticas Quirúrgicas Seguras mediante fuentes información primarias y secundarias para el arribo a conclusiones de carácter lógico-abstracto.
- **Histórico - lógico:** se analizó la documentación y literatura, observando la evaluación histórica de las Prácticas Quirúrgicas Seguras y las progresivas modificaciones de la Lista de verificación de Cirugía Segura.

- **Análisis - Síntesis:** se aplicó en cada momento de las tareas cognoscitivas realizadas para el análisis de la información recogida a partir de la aplicación de métodos teóricos y empíricos, con el fin de establecer los nexos, descubrir relaciones causales, así como determinar elementos imprescindibles para elaborar la capacitación estratégica.
- **Inductivo - deductivo:** se empleó siguiendo la lógica del razonamiento que parte del conocimiento particular al general y viceversa, donde en diferentes momentos de la investigación predominará una u otra, según las tareas que se cumplimentaron.
- Enfoque sistémico- estructural: **con el objetivo de elaborar el programa de capacitación estratégica al personal de enfermería para mejorar el cumplimiento de las prácticas quirúrgicas seguras**
- **Modelación:** para diseñar el programa de capacitación estratégica al personal de enfermería.
- **Métodos empíricos:** relacionados con la recopilación de datos y la obtención de información acerca del fenómeno estudiado, en estrecho vínculo con el objetivo propuesto.
 - **Análisis Documental:** con el propósito de indagar, profundizar y alcanzar la requerida sistematización y estudio en los diferentes documentos normativos, bibliografías, documentos orientadores y otros referentes acerca del tema de Practicas Quirúrgicas Seguras, Lista de Verificación en Cirugía Segura, Programas de capacitación y métodos de educación y comunicación.

- **La observación no participante:** se utilizó como procedimiento en la observación del personal de enfermería durante el uso por parte de enfermeros circulantes de la Lista de Verificación lo que permitió obtener datos para valorar la eficacia de su uso.
- **La entrevista en profundidad:** para conocer los factores que influyen en el cumplimiento de la LVSC.
- **Métodos estadísticos matemáticos:** permitieron tabular y procesar los datos empíricos obtenidos. Se utilizó el computador para procesar paquetes estadísticos, a partir del cual se confeccionaron las Cuadros y figuras gráficas para mostrar los resultados. Se calcularon los números absolutos y relativos (porcentajes), así como medidas de valor mínimo, máximo, media y desviación estándar.
- **Método de Triangulación de métodos y fuentes:** para precisar las regularidades, a partir de los análisis de métodos y técnicas utilizadas.

Se utilizaron los siguientes equipos y materiales: Material de oficina; Computador; Software de analítica predictiva SPSS Versión 22.0.; y Guía de Observación.

3.3 Población y Muestra

El universo o “población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” Hernández, Fernández, Baptista (2014) esta quedó integrada por 47 sujetos, 29 Licenciados y 18 Auxiliares de Enfermería que brindan cuidados directos a los pacientes, en el Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito. Teniendo en cuenta las características y objetivos de la investigación no se realizó técnica de muestreo probabilístico; por lo que se utilizó intencionalmente el total de la población a estudiar. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014)

3.4. Criterios de Inclusión

- Todo el personal de enfermería que brindó cuidado directo a pacientes en el Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito en el período julio-octubre 2017 y que mostraron su aprobación para participar en la investigación.

3.5. Criterios de exclusión.

- Personal que decidió voluntariamente retirarse de la investigación.
- Personal que por cualquier motivo no se encontraba en el servicio en los momentos en que se recolectó la información.
- Enfermera líder, si no laboró directamente con los pacientes.

3.6. Diseño Metodológico

La investigación se realizó siguiendo las pautas del diseño metodológico para estudios cuanti-cualitativos. Partiendo de los resultados y conclusiones de la valoración realizada al cumplimiento de los pasos del procedimiento de la Lista de Verificación Quirúrgica, cotejándolo con las orientaciones de la OMS y otros autores acerca de las Práctica Quirúrgicas Seguras, se infirieron los elementos a incluir en la capacitación estratégica que se diseñó.

3.7 Identificación y operacionalización de variables

Para la identificación de las variables se tomaron en cuenta los aspectos cuantificables en el proceso de valoración del cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras aplicadas por el personal de enfermería. Se estableció como efecto esperado la *Calidad de las Prácticas Quirúrgicas Seguras*, basado en el concepto de la OMS: “Acciones que deben realizar los profesionales de salud durante un proceso quirúrgico para mejorar la seguridad de los pacientes/usuarios y minimizar los riesgos”. (Organización Mundial de la Salud, 2009)

Teniendo en cuenta los objetivos de la investigación se procedió a operacionalizar como variable principal, - a semejanza de una variable de carácter independiente o causal-: el cumplimiento de los procedimientos de la LVSC.

3.8. Operacionalización.

Variable independiente: cumplimiento de los procedimientos de la LVSC

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala
Cumplimiento de los procedimientos de la LVSC	<i>Acciones, expresadas en pasos procedimentales, que debe ejecutar el enfermero circulante encargado de aplicar y rellenar la LVCS; y el efecto alcanzado en el paciente y el resto del equipo en el cumplimiento de todos los elementos de la LVCS.</i>	Durante el período anterior a la inducción de la anestesia (Entrada).	Contar con el formato de la LVSC	Cumplimentado/ No cumplimentado
			Anunciar en voz alta la ejecución de cada uno de los momentos de la LVSC	Cumplimentado/ No cumplimentado
			Realizar la verificación en los tres momentos establecidos	Cumplimentado/ No cumplimentado
			Utilizar lenguaje claro, comprensible y en un tono de voz adecuado y audible para el equipo	Cumplimentado/ No cumplimentado
			Recibir respuesta de todos los miembros del equipo con lenguaje claro, comprensible y en tono de voz adecuado y audible.	Cumplimentado/ No cumplimentado
			Recibir respuesta con coherencia a las preguntas realizadas a todos los miembros del equipo	Cumplimentado/ No cumplimentado

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala
(Continuación) Cumplimiento de los procedimientos de la LVSC	<i>Acciones (...); y el efecto alcanzado (...) en el cumplimiento de todos los elementos de la LVCS.</i>	(Cont...) Durante el período anterior a la inducción de la anestesia (Entrada).	Registrar en la LVSC las respuestas de los miembros del equipo	Cumplimiento/ No cumplimentado
			Presenciar que el anestesista y el cirujano se encuentran en los tres momentos de verificación establecidos.	Cumplimiento/ No cumplimentado
			Realizar confirmación verbal con el paciente de elementos de: identidad, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como su consentimiento para ser operado.	Cumplimiento/ No cumplimentado
			Realizar confirmación visual que se ha delimitado el sitio quirúrgico (si procede)	Cumplimiento/ No cumplimentado
			Realizar confirmación visual que el paciente tiene colocado un pulsioxímetro y que funciona correctamente	Cumplimiento/ No cumplimentado

			Revisar verbalmente con el anestesista los riesgos: el riesgo de hemorragia, de dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente, y la comprobación de la seguridad del equipo de anestesia.	Cumplimentado/ No cumplimentado
--	--	--	---	---------------------------------

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala
(Continuación) Cumplimiento de los procedimientos de la LVSC	<i>Acciones (...); y el efecto alcanzado (...) en el cumplimiento de todos los elementos de la LVCS.</i>	Durante el período posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica)	Realizar presentación por cada miembro del equipo, por su nombre y función.	Cumplimiento/ No cumplimiento
			Ejecutar detención del equipo de trabajo justo antes de la incisión cutánea para confirmar en voz alta que se va a realizar la operación correcta en el paciente y el sitio correctos	Cumplimiento/ No cumplimiento
			Revisar verbalmente por los miembros del equipo entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía las preguntas de la Lista de verificación	Cumplimiento/ No cumplimiento
			Confirmar por los miembros del equipo si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores y si pueden visualizarse adecuadamente los estudios de imagen esenciales	Cumplimiento/ No cumplimiento

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala
(Continuación) Cumplimiento de los procedimientos de la LVSC	<i>Acciones (...); y el efecto alcanzado (...) en el cumplimiento o de todos los elementos de la LVCS.</i>	Durante el período de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (Salida)	Realizar revisión por todos los miembros del equipo de la operación llevada a cabo.	Cumplimentad o/ No cumplimentado
			Realizar el recuento de gasas e instrumentos	Cumplimentad o/ No cumplimentado
			Revisar en voz alta con el resto de los miembros del equipo el etiquetado de toda muestra biológica obtenida	Cumplimentad o/ No cumplimentado
			Examinar los problemas que puedan haberse producido en relación con el funcionamiento del instrumental o los equipos, y otros problemas que deban resolverse	Cumplimentad o/ No cumplimentado
			Repasar los planes y aspectos principales del tratamiento posoperatorio y la recuperación	Cumplimentad o/ No cumplimentado
			Completar todos los datos de identificación del paciente, fechas y horas, así como de las personas responsables de la verificación	Cumplimentad o/ No cumplimentado
			Dirigir la aplicación de la LVSC por una sola persona	Cumplimentad o/ No cumplimentado

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala
(Continuación) Cumplimiento de los procedimientos de la LVSC	<i>Acciones (...); y el efecto alcanzado (...) en el cumplimiento o de todos</i>	(Cont...) Durante el período de cierre de la herida quirúrgica o inmediata-	Impedir que el equipo pase a la siguiente fase de la operación mientras no se haya abordado satisfactoriamente cada uno de los puntos	Cumplimentado o/ No cumplimentado

Variable dependiente: *Calidad de las Prácticas Quirúrgicas Seguras.*

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala
<i>Calidad de las Prácticas Quirúrgicas Seguras</i>	Acciones que deben realizar los profesionales de salud durante un proceso quirúrgico para mejorar la seguridad de los pacientes/usuarios y minimizar los riesgos.	Acciones en equipo	Valoración global del cumplimiento de la LVCS	Adecuado: realizadas por 80% o más de los equipos quirúrgicos. Inadecuado: realizado por menos de 80% de los equipos quirúrgicos.

Para realizar la valoración global del cumplimiento de la LVCS, se tomó como referencia la escala de distribución normal por el método de la campana de Gauss, modelo descrito por Mateo en 2010 donde 20% de los resultados deberían ser excelentes; 60% mediocres y 20% malos; por lo que se pueden construir categorías dicotómicas: adecuado para resultados excelentes e inadecuados para los resultados mediocres y malos. (Mateo, 2010)

3.9 Procedimiento

Una vez seleccionado el tema de investigación, se elaboró un oficio de comunicación a la Jefa del Departamento de Enfermería y a la Coordinación de Docencia de la Institución, a fin de exponerle el objetivo de la Investigación y solicitar permiso para desarrollar la misma.

Cuando se tuvo la aprobación preliminar de las autoridades antes mencionadas se procedió a la elaboración del Proyecto de Investigación, el cual se defendió ante el Honorable Consejo Científico y el Comité de Ética para la Investigación del Hospital San Francisco de Quito.

Previo a la aprobación del Proyecto y como parte del mismo se diseñó la Guía de Observación para la recogida de información, la cual se sometió a criterio de expertos para su valoración y luego se aplicó una prueba piloto para demostrar la confiabilidad del instrumento.

Con el Proyecto de Investigación aprobado y el instrumento de recogida de la información validado, se procedió a seleccionar la población que participó en la investigación, a quienes se les aplicó el instrumento para la recogida de datos, previo consentimiento informado (Anexo A).

Concluida la etapa de recolección de la información se procedió al procesamiento de los datos obtenidos, los cuales fueron capturados en el Software de analítica predictiva SPSS Versión 22.0, analizados con estadística descriptiva, obteniéndose medidas frecuencias absolutas y relativas de tipo porcentual, según tipo de variables. Para mostrar la información se elaboraron tablas y figuras gráficas. Toda la información mostrada se sometió a un análisis e interpretación por parte de la autora.

Para la construcción de la solución viable a los problemas planteados en los resultados de la investigación se recurrió a la contratación con otros autores, posteriormente se elaboró una propuesta de intervención que pretende dar solución en este caso mediante un Programa de capacitación ya que es la forma de organización factible en las condiciones de trabajo y con las posibilidades reales de la institución.

El procedimiento seguido para la propuesta fue el de determinar los puntos críticos del área de conocimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras, organizarlos mediante métodos teóricos de análisis síntesis e inducción deducción. Se utilizó el formato de curso donde se definen los temas enfocados en los objetivos con carácter instructivo- educativo.

El valor práctico del estudio consiste en la posibilidad de identificar errores y procedimientos inadecuados mediante la aplicación de una Guía de observación paso a paso. Es importante este estudio en la población constituida por el personal de enfermería porque aunque no son los únicos miembros del equipo, tienen un rol fundamental en la consecución de las intervenciones quirúrgicas, constituyen el eje de la organización del servicio y son líderes en su cumplimiento riguroso. La propuesta ayudará a solventar el problema al aumentar las capacidades de los enfermeros circulantes, estos podrán conocer las LVSC, conducir procesos y colaborar para que su equipo se una en función de un mejoramiento de la calidad.

El trabajo cierra con la emisión de emitieron conclusiones y recomendaciones, con las cuales se completó el proceso de investigación. Una vez finalizada la investigación se elaboró el informe final, el cual, previa aprobación del director de tesis, se presentará a las autoridades de la institución en que se realiza la investigación y a las autoridades del Instituto de Posgrado de la UTN como requisito indispensable para culminar los estudios de Magíster en Gerencia de Servicios Salud.

3.10 Técnicas e Instrumentos de Investigación

Para valorar el cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras por el personal de enfermería, la recolección de datos se realizó mediante la técnica de observación y como instrumento se empleó una Guía de Observación, la cual aparece en el Anexo B.

La validación del instrumento se cumplió mediante selección de un grupo de cinco expertos en Gestión de Calidad y Cirugía Segura, entre los cuales se encontraban los responsables de la actividad en la institución y la coordinadora de enfermería del Centro Obstétrico, quienes fueron los responsables de revisar y emitir criterios sobre posibles modificaciones a los instrumentos, garantizando la claridad en los aspectos que recoge.

La confiabilidad de este instrumento se comprobó al aplicar una prueba piloto, recogiendo la información a un grupo de 6 personas equivalente al 12% de la muestra, con similares características a la muestra, que no formaron parte del estudio. Posteriormente, se incorporaron las rectificaciones recomendadas al instrumento. Una vez validado el instrumento y demostrado que este no presenta dificultades de comprensión, se procedió a aplicarlo al personal de enfermería que conformó la muestra del presente estudio. El levantamiento de la información se realizó por la investigadora para estandarizar criterios y evitar sesgos.

Para identificar algunos de los factores que influyen en el cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras, se seleccionó una muestra de la población objeto de la observación anterior. Para ello se aplicó un muestreo aleatorio simple escogiendo un individuo de cada cuatro observados en orden consecutivo. Se solicitó consentimiento informado verbal para participar en la entrevista. Resultaron seleccionados 11 individuos. Al concluir la observación se realizó el encuentro individual del participante con el investigador en un local aislado, contiguo al salón de operaciones. Se utilizó la técnica de entrevista en profundidad utilizando la Guía

de Entrevistas (Anexo C). Se realizó una pregunta abierta a partir de la cual se profundizó en las dimensiones previstas, referidas a: influencia de los conocimientos, habilidades, aptitudes, factores administrativos y comunicativos. Las respuestas se recogieron textualmente y se procesaron por la técnica de análisis de contenido, agrupando los resultados y sintetizando su contenido según número de repeticiones.

3.11 Técnica de procesamiento y análisis de datos

El manejo de datos se realizó en archivo físico, en carpetas organizadas en versión analógica y en digital. Con los datos obtenidos se creó una base de datos en el Software de analítica predictiva SPSS Versión 22.0. Utilizando este programa se realizó el correspondiente procesamiento y análisis de toda la información susceptible.

3.12 Resultados esperados

3.12.1 En lo económico-social

Se espera que los costos asociados al tratamiento de eventos dados por el no cumplimiento de la Seguridad de la Cirugía sean altos. Estos costos pueden ser reducidos si se conocen los niveles de cumplimiento de la verificación de la Seguridad de la Cirugía y se diseñan estrategias para mejorar su cumplimiento camino hacia el cual va dirigido la presente investigación.

3.12.2 En lo Cultural

Se fomenta el conocimiento para lograr hábitos, actitudes, comportamientos del grupo donde se realizará la intervención para una cultura de Seguridad del paciente, distintivo de la calidad de la atención prestada en la institución.

3.12.3 En lo científico.

Desde el punto de vista científico se contará con la evidencia necesaria para la toma de decisiones respecto a la temática en el orden asistencial y administrativo.

CAPÍTULO IV

4. Análisis e Interpretación de Resultados

En este capítulo se presentan los resultados de la aplicación de la Guía de Observación a la población estudiada. Para valorar el grado de cumplimiento o realización de los pasos recogidos en el instrumento, se calculó el porcentaje de cumplimentación y no cumplimentación para cada uno de los sujetos estudiados, así como el número de ítems completos dividido por el número de ítems totales para determinar porcentajes. Para el porcentaje global de no cumplimentación fueron calculados la media, desviación estándar con intervalos de confianza al 95% para la media.

El porcentaje de no cumplimentación de cada uno de los ítems que componían cada instrumento, se calculó como el número de sujetos que no lo tuvieron cumplimentado dividido por el número que deberían haberlo tenido. Para estos porcentajes se calcularon intervalos de confianza de 95%.

4.1 Características de la muestra.

En el Cuadro 1 se presenta la distribución de los 47 sujetos observados, donde se puede apreciar que 29 (61,7%) son licenciados en enfermería y 18 (38,3%) son auxiliares de enfermería a cargo de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).

Cuadro 1. Distribución de los sujetos observados según categoría del personal de enfermería a cargo de la LVSC.

Categoría del personal	No	%
Licenciado en Enfermería	29	61,7
Auxiliar de Enfermería	18	38,3
Total	47	100

Fuente: Guía de observación

4.2 Valoración del cumplimiento de los procedimientos basados en la Lista de Verificación de la seguridad de la Cirugía (LVSC)

En los siguientes cuadros se presenta la cumplimentación de los procedimientos de la LVSC por parte de los enfermeros circulantes en cada uno de los tiempos de verificación: antes de la inducción de la anestesia (Cuadro 2), antes de la incisión cutánea (Cuadro 3) y antes de que el paciente salga de quirófano (Cuadro 4). La subdivisión de los tiempos permitió la valoración específica de los mismos, pero se analizan de conjunto debido a su relación implícita en la calidad del procedimiento integralmente.

En el cuadro 2 se observa que los *procedimientos* que se cumplimentaron correctamente *antes de la inducción anestésica* por los 47 sujetos de la observación, es decir 100% de la población, fueron los cinco siguientes:

- No. 1.- Contar con el formato de Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía según OMS o con variaciones.
- No. 8.- El anestesista y el cirujano se encuentran en la sala de operaciones en los tres momentos o etapas de verificación establecidos: antes de la inducción de la anestesia; antes de la incisión cutánea; y antes de que el paciente salga del quirófano.
- No 9- El enfermero circulante confirma verbalmente con el paciente su identidad, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como su consentimiento para ser operado.
- No. 10- El enfermero circulante confirma visualmente que se ha delimitado el sitio quirúrgico.
- No 11.- El enfermero circulante confirma visualmente que el paciente tiene colocado un pulsioxímetro que funciona correctamente.

Los procedimientos marcados con las preguntas de la No. 2 a la No. 7, referidas a aspectos de comunicación del equipo y registro de datos; así como la No 12, sobre

la revisión verbal con el anestesiista de riesgos y reacciones, obtuvieron cifras de no cumplimentación de 21 sujetos (44,7%).

Cuadro 2. Cumplimentación de los procedimientos de la LVSC antes de la inducción anestésica por parte de los enfermeros circulantes. N= 47.

No	Procedimientos	Cumplimentado		No cumplimentado	
		No.	%	No.	%
1	¿Cuenta con el formato de la LVSC?	47	100,0	0	0,0
2	¿El EC anuncia en voz alta la ejecución de cada uno de los momentos de la LVSC?	26	55,3	21	44,7
3	¿Realiza la verificación en los tres momentos establecidos?	26	55,3	21	44,7
4	¿Al realizar la verificación el EC utiliza lenguaje claro, comprensible y en un tono de voz adecuado y audible para el equipo?	26	55,3	21	44,7
5	¿Todos los miembros del equipo responden con lenguaje claro, comprensible y en tono de voz adecuado y audible a las preguntas realizadas?	26	55,3	21	44,7
6	¿Todos los miembros del equipo responden con coherencia a las preguntas realizadas?	26	55,3	21	44,7
7	¿El EC registra en la LVSC las respuestas de los miembros del equipo?	26	55,3	21	44,7
8	¿El anestesiista y el cirujano se encuentran en la sala de operaciones en los tres momentos de verificación establecidos?	47	100,0	0	0,0
9	¿El EC confirma verbalmente con el paciente su identidad, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como su consentimiento para ser operado?	47	100,0	0	0,0
10	¿El EC confirma visualmente que se ha delimitado el sitio quirúrgico (si procede)?	47	100,0	0	0,0
11	¿El EC confirma visualmente que el paciente tiene colocado un pulsioxímetro que funciona correctamente?	47	100,0	0	0,0
12	¿El EC revisa verbalmente con el anestesiista el riesgo de hemorragia, de dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente, y si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad del equipo de anestesia?	26	55,3	21	44,7

En cuanto a los procedimientos de la LVSC antes de la incisión cutánea, en el cuadro 3 se obtuvo igual comportamiento ya que en todos los pasos se dejaron de cumplimentar por 21 enfermeros circulantes (44,7%).

Cuadro 3. Cumplimentación de los procedimientos de la LVSC antes de la incisión cutánea por parte de los enfermeros circulantes. N= 47.

No	Procedimientos	Cumplimentado		No cumplimentado	
		No.	%	No.	%
13	¿Cada miembro del equipo se presenta por su nombre y función?	26	55,3	21	44,7
14	¿El equipo se detiene justo antes de la incisión cutánea para confirmar en voz alta que se va a realizar la operación correcta en el paciente y el sitio correctos?	26	55,3	21	44,7
15	¿Los miembros del equipo revisan verbalmente entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía las preguntas de la Lista de verificación?	26	55,3	21	44,7
16	¿Los miembros del equipo confirman si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores y si pueden visualizarse adecuadamente los estudios de imagen esenciales?	26	55,3	21	44,7

El cuadro 4, exhibe la cumplimentación de los procedimientos de la LVSC antes que el paciente salga del quirófano. Los pasos del No 18 al No 23, referidos a acciones conjuntas del enfermero circulante e instrumentista, enfermero circulante y otros miembros del equipo para cumplir acciones de esta fase de trabajo, fueron cumplimentadas por 21 (44,7%).

El resultado más bajo se obtuvo en el paso en que todos los miembros del equipo revisan la operación, pregunta No. 17, que se cumplimentó solo por 27 (57,4%). En la pregunta No. 24, sobre el cumplimiento por el enfermero circulante de impedir que el equipo pase a la siguiente fase de la operación mientras no se haya abordado satisfactoriamente cada uno de los puntos, fue realizado por 34 (72,3%) de los individuos.

En resumen, las observaciones correspondientes a 18 preguntas de la guía tuvieron un comportamiento por debajo de 60%.

Cuadro 4. Cumplimentación de los procedimientos de la LVSC antes que el paciente salga del quirófano por parte de los enfermeros circulantes. N= 47.

No	Procedimientos	Cumplimentado		No cumplimentado	
17	¿Todos los miembros del equipo revisan la operación llevada a cabo?	27	57,4	20	42,6
18	¿El enfermero circulante e instrumentista realizan el recuento de gasas e instrumentos?	26	55,3	21	44,7
19	¿El enfermero circulante revisa en voz alta con el resto de los miembros del equipo el etiquetado de toda muestra biológica obtenida?	26	55,3	21	44,7
20	¿Se examinan los problemas que puedan haberse producido en relación con el funcionamiento del instrumental o los equipos, y otros problemas que deban resolverse?	26	55,3	21	44,7
21	¿Se repasan los planes y aspectos principales del tratamiento posoperatorio y la recuperación?	26	55,3	21	44,7
22	¿El EC completa todos los datos de identificación del paciente, fechas y horas, así como de las personas responsables de la verificación?	26	55,3	21	44,7
23	¿La aplicación de la LVSC fue dirigida por una sola persona?	26	55,3	21	44,7
24	¿El EC impide que el equipo pase a la siguiente fase de la operación mientras no se haya abordado satisfactoriamente cada uno de los puntos?	34	72,3	13	27,7

Fuente: Guía de observación

En el Gráfico 1, se agruparon los datos representados en los cuadros del 2 al 4. Se distribuyen las observaciones realizadas a los 47 sujetos en dos grupos: los que cumplieron todos los pasos de la LVSC, que resultaron 26 (55,3%) y los que no cumplieron todos los pasos, o sea que no realizaron de forma detallada el procedimiento; en este último caso se encuentran 21 sujetos (44,7%).

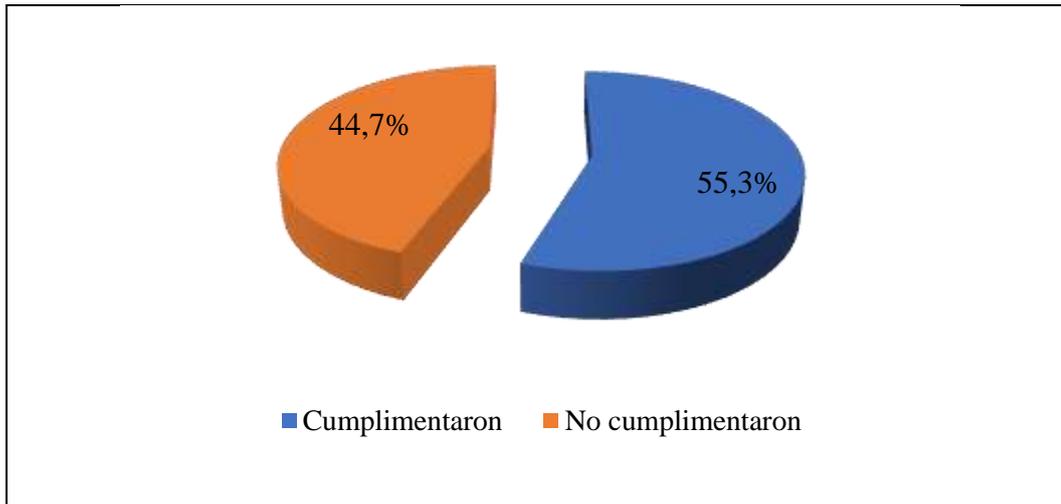


Gráfico 1. Distribución de los sujetos según cumplimentación de los pasos de la lista de verificación quirúrgica. N= 47

Fuente: Cuadros 2,3 y 4

El Cuadro 5 muestra la distribución estadística de los pasos no cumplimentados de la lista de verificación quirúrgica por parte del personal de enfermería. El total de ítems observados entre todos los sujetos fue de 1128; de ellos 391 (34,6%) no se cumplimentaron. En base a estos datos estadísticos se calcularon los indicadores que resultaron en:

- Valor mínimo de 0, significa que no existieron sujetos que dejaran de cumplimentar al menos uno de los pasos. Esto sugiere a la autora que no existieron barreras o problemas graves para cumplimentar la LVSC por parte del grupo. En el Hospital hay experiencia en el uso de la Lista y no es la primera vez que se emplea.
- Valor máximo de 21 (44,7%), muestra la coincidencia en el número máximo de sujetos que no cumplimentan todos los pasos.
- Media aritmética de 16,3 (34,6%) representa el promedio de sujetos que no cumplimentaron todos los pasos.

Lo anterior permitió calcular la Desviación Estándar que resultó en 8,7; que es alta respecto al Intervalo de Confianza fijado en 95%, que resultó en 2,4. Los

indicadores permiten asignar significación estadística al hecho de que 391 pasos (34,6%) no fueron cumplimentados por el grupo y refuerza los resultados señalados en el cuadro 2 respecto a que 21 (44,7%) sujetos no cumplieron todos los pasos.

Cuadro 5. Distribución estadística de los pasos no cumplimentados de la lista de verificación quirúrgica por el personal de enfermería. N= 1128

Pasos no cumplimentados	Número	Porcentajes
Total de ítem	391	34,6
Mínimo	0	0,0
Máximo	21	44,7
Media	16,3	34,6
Desviación Estándar	8,7	
Intervalo de Confianza para la media de 95%	2,4	

4.3 Identificación de factores que influyen en el cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras.

Para identificar algunos de los factores que influyen en el cumplimiento de las prácticas quirúrgicas Seguras, se presentan a continuación los resultados de la entrevista en profundidad.

En el cuadro 6 se muestran, en síntesis, los elementos abordados por los entrevistados, donde el mayor número de sujetos: 9 (81,0%) expresa que existe “escasa atención a las responsabilidades de los miembros del equipo”. El resto de los factores coincidentes son: Insuficiente comunicación entre los miembros del equipo 5 (45,5%); así como desconocimiento de la metodología de aplicación de la LVCS, falta de motivación para aprender el uso correcto de la LVCS e insuficiente interacción entre los miembros del equipo, con 3 respuestas cada uno (36,4%). Los demás factores mencionados son la sobrecarga de trabajo por el uso de la LVCS y la insuficiente colaboración de los médicos con el enfermero circulante cada uno con 3 (27,3%) respuestas; y falta de habilidad en el uso de la LVCS por otras acciones a ejecutar en el acto quirúrgico, temor a decidir por posibles críticas sobre

el rol del enfermero circulante y falta de claridad en el formato de la LVSC con 2 (18,2%).

Cuadro 6. Factores influyentes en el cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras. N=11

Respuestas (factores influyentes)	No.	Porcentaje
Escasa atención a las responsabilidades por sobrecarga de trabajo	9	81.8
Insuficiente comunicación entre los miembros del equipo	5	45.5
Desconocimiento de la metodología de aplicación de la LVCS	4	36.4
Falta de motivación para aprender el uso correcto de la LVCS	4	36.4
Insuficiente interacción entre los miembros del equipo	4	36.4
Sobrecarga de trabajo por el uso de la LVCS	3	27.3
Insuficiente colaboración de los médicos con el enfermero circulante	3	27.3
Falta de habilidad en el uso de la LVCS por otras acciones a ejecutar en el acto quirúrgico	2	18.2
Temor a decidir por posibles críticas sobre el rol del enfermero circulante	2	18.2
Falta de claridad en el formato de la LVSC	2	18.2
Falta de información por las autoridades del servicio quirúrgico sobre la importancia del uso de la LVCS	1	9.1

4.4 Interpretación y discusión de los Resultados.

4.4.1 Calidad del cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras.

La relación entre el cumplimiento de las normas y el descenso de las tasas de complicaciones quirúrgicas depende de múltiples factores, no obstante, los estudios revisados Campaña (2006); Rubio (2015); Varas (2008) y Alcócer (2014), refieren que la mejora de la seguridad y fiabilidad de la atención quirúrgica puede salvar vidas y fomentar la confianza en el sistema de salud y por tanto incrementar la calidad de la atención.

En un reciente estudio de Paredes (2017) para determinar la efectividad de la lista de verificación en disminuir los eventos adversos de los pacientes sometidos a

cirugía, - el cual fue realizado por revisión sistemática observacional de decenas de bibliografías a nivel internacional -, se demostró que 100% de los artículos proponen firmemente que la lista de verificación es un medio eficaz para disminuir los eventos adversos en pacientes sometidos a cirugía. (Paredes, 2017). Igual resultado obtuvo Paredes en 2017 al concluir que el total de los artículos proponen que la LVCS es eficaz para disminuir los eventos adversos en pacientes sometidos a cirugía.

De los resultados de la investigación presentada se interpreta que existieron deficiencias específicas en la cumplimentación de los registros de la actividad quirúrgica mediante la LVSC. Al analizar cada uno de los tiempos se comprueba que:

- *Los procedimientos antes de la inducción anestésica (entrada)* son cumplidos en su mayoría, existiendo las mayores deficiencias en los referidos a aspectos de comunicación del equipo; registro de datos; y revisión verbal con el anestesista de riesgos y reacciones.
- *Los procedimientos antes de la incisión cutánea (pausa)* obtuvieron mejores resultados que el anterior tiempo, ya que todas las acciones se cumplimentaron por más de la mitad; aunque no es un resultado adecuado a los objetivos de la OMS y la institución.
- *Los procedimientos antes que el paciente salga del quirófano (salida)* fueron los de peores resultados comparados con los porcentajes de los tiempos anteriores (entrada y pausa).

Esta situación puede tener entre sus causas principales los insuficientes conocimientos y habilidades de los enfermeros circulantes en el uso la lista de verificación y se relaciona con los resultados presentados en las entrevistas. Aun cuando la muestra estuvo representada por una mayoría de personal licenciado en enfermería, los resultados no son positivos. Un aspecto atenuante pudiera considerarse que en su mayoría son de nuevo ingreso a la institución y al servicio de Centro Obstétrico.

En investigación publicada por Izquierdo y Del Pilar (2016) sobre el nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional dos de mayo 2015, en Lima Perú, se muestran resultados similares a los obtenidos. Por ejemplo, se plantea que la mayoría del personal de ese Centro no cumple la LVCS, aunque un porcentaje significativo cumple; sin embargo, fue el personal de enfermería el que realizó el mayor cumplimiento, seguido del Anestesiólogo y finalmente el Cirujano. Además, expone que un porcentaje significativo no cumple que el equipo quirúrgico revise los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente. (Izquierdo & Del Pilar, 2016)

Por otra parte, Alcócer (2014) en investigación sobre el grado de adherencia de cumplimiento de la LVCS por el equipo quirúrgico obtuvo Buenas Prácticas de Seguridad con nivel regular en 75%, de baja en 14% y alta de solo 11%. Si se comparan con los resultados globales obtenidos en nuestro trabajo, que son menores de 60%, se refuerza la tesis de que no es adecuada la cumplimentación de las buenas prácticas, máxime si se tiene en cuenta que la mayoría de los sujetos observados fueron enfermeros con nivel superior o licenciados. (Alcócer & Torres, 2014)

Al analizar los diferentes tiempos, se demuestra que en la medida que avanza el acto quirúrgico empeora el cumplimiento de algunos procedimientos; obsérvese que los datos registrados a la entrada son mejores que a la salida. Otros autores obtuvieron similares resultados; así Alcócer (2014), plantea que el grado de adherencia del equipo quirúrgico en el tiempo de salida fue predominantemente regular, en 51%. Rivero García (2012), obtuvo un nivel de cumplimiento de 87.97%; donde el mayor incumplimiento se identificó en la pausa: durante el marcaje del sitio quirúrgico (9.6%), el reporte verbal de consideraciones especiales y situaciones críticas en cirugía (50.6%) y luego en la salida sobre los aspectos de recuperación con 41.0% de cumplimiento. (Rivero, Nolasco, Puntunet, & Cortés, 2012)

Torres Gonzáles (2017) en investigación realizada en el Hospital de Huancayo obtuvo que solo 0.7% de los sujetos cumple de forma excelente, 0.7% de forma parcial, 2.2% de forma mínimo y el 96.4 no cumple con la LVCS. (Torres A. , 2017)

En el Centro Obstétrico del Hospital de San Francisco de Quito los ítems que sí se cumplieron totalmente están en relación con la existencia del formato de la LVSC, que demuestra que existe una apropiación de este método en el Hospital y que es de conocimiento y uso por el personal involucrado. En criterio de la autora esto es también debido a que es una responsabilidad institucional garantizar los documentos y formatos; y se cumple. El otro elemento positivo es la presencia del personal en el quirófano en los tres momentos, signo de disciplina y cumplimiento de normas. Vale citar que, aunque en los lineamientos establecidos por la OMS (2009), la presencia del cirujano no es indispensable en el primer momento, la institución estandarizó entre sus políticas la presencia del cirujano en los tres momentos. (Organización Mundial de la Salud, 2009).

También es positivo el hecho de que todos los enfermeros circulantes confirmen identidad del paciente, lugar anatómico y otros detalles de la intervención quirúrgica, incluso la evitación de pasar a fases siguientes de la intervención sin haberse abordado cada uno de los aspectos o puntos de la LVSC. Estos elementos demuestran orden en la institución sanitaria y conciencia de la importancia de la identificación correcta de pacientes y la observancia de normas. Estos últimos aspectos son coincidentes con la investigación de Torres Manrique (2016) quien encontró que entre 90 y 100% de los enfermeros cumplían con estos pasos. (Torres, 2016)

Respecto a los resultados calificados como negativos fue significativo el porcentaje de no cumplimiento, tanto desde el punto de vista práctico como por las inferencias estadísticas.

Un gran porcentaje de pasos no alcanzaron a cumplirse en casi la mitad de los sujetos investigados, dejando de realizar acciones de vital importancia como: la

verificación de los tres momentos de la intervención; la revisión de riesgo de hemorragia, dificultades en el acceso a la vía aérea y reacciones alérgicas; chequeo de comprobación de la seguridad del equipo de anestesia; confirmación del momento de la incisión cutánea; y la administración de antibióticos. Estos elementos están señalados en estudios similares aportados por Torres Manrique (2016) y Garrido M (2012).

Para la autora, lo anterior denota deficiencias en el conocimiento y uso de la LVCS. Se presuponía que fuera mayor el número de cumplimientos por la influencia del denominado efecto Hawthorne, Zarate Medina (2016), donde las personas tienden a cambiar o mejorar su comportamiento cuando saben que están siendo observados. (Zárate, 2016). Aunque se desconocía qué parámetros exactamente estaban siendo valorados, el personal de Enfermería conocía que estaba efectuándose una valoración de su trabajo. Esto, que puede valorarse como limitación del estudio, se convierte en agravante, máxime cuando el grupo estuvo conformado por enfermeros licenciados, es decir de nivel superior. Puede considerarse otra limitación el hecho de trabajar solo con registros de la LVSC y no sobre la metodología y la correcta realización de las medidas de seguridad en el salón de operaciones.

Por tanto la valoración de la calidad en el cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras por el personal de enfermería de Centro Obstétrico, la autora considera que es inadecuada, ya que sus resultados están fuera de los rangos establecidos en el estudio teórico y se aleja de los propósitos del hospital.

4.4.2 Análisis de los factores que influyen en el cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras.

Varios estudios detallan las experiencias de enfermería quirúrgicas en la a la aplicación de la LVCS y coinciden en los factores que pueden influir en su

cumplimiento o no. Barrios (2016) refiere que en Chiclayo Lima: Perú 2012, se investigó las experiencias de las enfermeras quirúrgicas y se concluye que las limitaciones existentes para la correcta aplicación de la Lista de Chequeo son la falta de capacitación, responsabilidad y conciencia; superficialidad con la que se realiza la recolección de datos del paciente, omisión de la firma, procesos mecanizados, entre otros. Es un gran compromiso moral, vocacional y legal, en el cual los pacientes tienen derechos y el equipo responsabilidades, ésta salvaguarda siempre la seguridad y bienestar del paciente, al identificar preventivamente los riesgos con una capacidad de respuesta oportuna. (Barrios, Litano, & Moisés, 2016)

Los factores identificados en las entrevistas, son coincidentes con los criterios de la autora en su experiencia profesional; así como al triangularlos con los elementos publicados por autores como Arribalzaga (2012); Garrido (2012); León & Ortiz, (2016); Izquierdo (2016); Barroso (2007) y Custodio (2017). A partir de esos criterios los factores se pudieran agrupar en:

- **Deficiencia en los conocimientos y habilidades:** pues se requiere mayor información y estudio de los objetivos esenciales de la OMS para la seguridad de la cirugía; así como habilidades de cómo aplicar la LVCS a la labor del enfermero y en su contribución a la calidad de la atención al paciente.
- **Falta de actitud** para enfrentarse al acto quirúrgico y comprender la importancia de modificar hábitos. Se requiere el paso de aprendiz a experto conducido por tutores (Patricia Benner, 2004). Existencia de sobrecarga de trabajo y falta de atención a sus responsabilidades.
- **Insuficiente comunicación** e interacción entre el personal asistente al acto quirúrgico: La insuficiente comunicación e información entre los miembros del equipo pudiera tener relación con el no cumplimiento del registro de las respuestas de los miembros; la presentación con nombre y funciones; la comunicación durante el acto quirúrgico; y la falta de detalles en el examen de los problemas que puedan haberse producido.

Todo ello revela la necesidad de diálogos entre el personal involucrado para que funcione de forma eficaz la LVSC.

La autora considera respondida la pregunta directriz acerca de los factores que influyen en el cumplimiento de las prácticas quirúrgicas seguras en Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito, que en síntesis se concentran en desconocimiento, la sobrecarga de trabajo o la escasa atención a las responsabilidades; así como la insuficiente comunicación e información entre los miembros del equipo.

CAPÍTULO V

5. Propuesta.

La autora propone un Programa de Capacitación estratégica que se fundamenta en las tendencias actuales de la educación permanente. Coincidiendo con Davini (2005), “no toda acción de capacitación implica un proceso de educación permanente”. Por tanto se prefiere plantear un programa inicial que apunte no solo al mejoramiento del desempeño del personal, sino dentro de una estrategia que debe llevar al cambio institucional. Se requerirá posteriormente una estrategia sistemática y global, que se inicie con acciones específicas de capacitación, pero se debe generar un análisis estratégico y de la cultura institucional para lograr un mayor impacto. (Davini, 2005)

Título: “Programa de capacitación estratégica al personal de enfermería del Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito para mejorar el cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras”

Dirigido a: Personal de enfermería del centro obstétrico.

Sede: Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito.

Requisitos de ingreso

- Ser graduado de enfermería.
- Desempeñarse como enfermero obstétrico.
- Ser aprobado por la institución.

Fundamentación

El programa de capacitación propuesto está sustentado en los problemas identificados tales como la existencia de diferencias de cumplimentación en los registros de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía para la seguridad del paciente lo que provoca afectaciones en la calidad asistencial.

El diagnóstico efectuado en la presente investigación identificó como posibles causas la insuficiencia de conocimientos y habilidades de los enfermeros circulantes en el uso la lista de verificación la cual permite la organización y control del acto quirúrgico por lo que se hace necesario que los equipos quirúrgicos se familiaricen con los pasos e integren los controles en sus esquemas de trabajo habituales.

Relacionada con la falta de preparación del personal existe insuficiente motivación, resistencia al cambio, así como factores que afectan el trabajo en equipo como el logro de una adecuada comunicación y espíritu colaborativo entre todos sus integrantes.

Se hace necesario el desarrollo de acciones de capacitación dirigidas a los enfermeros y que contribuyan a mejorar el cumplimiento de las prácticas quirúrgicas seguras mediante el incremento de sus conocimientos y habilidades sobre el tema, así como al mejoramiento del trabajo en equipo lo que contribuye a la calidad de la atención que se brinda al paciente.

Perfil del egresado.

El programa de capacitación está dirigido a mejorar el desempeño profesional del personal de enfermería del centro obstétrico del Hospital San Francisco de Quito y el egresado deberá estar capacitado para:

- Interpretar los objetivos esenciales de la OMS para Prácticas Quirúrgicas Seguras.
- Aplicar la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía de la OMS para el cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras en su desempeño profesional.
- Tomar de decisiones adecuadas según las normas establecidas para el cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras mediante el desarrollo de una adecuada comunicación y trabajo en equipo.

Objetivo general:

Mejorar el cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras mediante la utilización eficaz de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía por el personal de enfermería en su contribución a la calidad de la atención al paciente.

Objetivos específicos:

- Interpretar los elementos que caracterizan a las prácticas quirúrgicas seguras desde el aporte de los objetivos esenciales de la OMS para la seguridad de la cirugía y su aplicación a la labor que desempeña el enfermero y en su contribución a la calidad de la atención al paciente.
- Aplicar la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía de la OMS para el logro de una adecuada organización y control del acto quirúrgico mediante la cumplimentación de sus pasos y la integración del control en sus esquemas de trabajo habituales.
- Desarrollar el trabajo en equipo mediante el establecimiento de una comunicación eficaz que favorezca la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y la toma de decisiones adecuadas.

Estrategia docente

El proceso de capacitación tendrá un enfoque activo, a través de formas de enseñanza con predominio grupal y en estrecha vinculación con actividades del desempeño profesional en los puestos de trabajo.

Cada tema contará con conferencias orientadoras, así como discusiones grupales que favorecerán el aprendizaje de los participantes. Se orientarán tareas docentes que concretarán los estudiantes de forma individual o por equipos durante el trabajo

independiente y auto preparación. Para ello contarán con una selección de materiales bibliográficos actualizados sobre los temas a tratar.

El programa se desarrollará a través de encuentros presenciales de dos a cuatro horas con una periodicidad quincenal durante dos meses en las cuales se impartirán las conferencias introductorias y se realizarán las discusiones grupales. Al finalizar las actividades se destinarán dos semanas para la realización del trabajo final por los equipos.

Sistema de evaluación

El sistema de evaluación contempla evaluaciones formativas de cada tema y una evaluación certificativa al finalizar el programa. La evaluación formativa se hará mediante la participación activa de los educandos en las actividades y la exposición de los trabajos grupales. El trabajo final será en equipo y consistirá en la propuesta de una simulación de un acto quirúrgico y la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en un quirófano. Los profesores evaluarán la calidad de las acciones desde la aplicación de los pasos de la Lista de verificación, el control del acto quirúrgico y la toma de decisiones del equipo en función de la calidad de la atención al paciente y podrán usar el instrumento de observación presentado en la investigación.

Resultados esperados:

Incremento de conocimientos, habilidades y actitudes dirigidas a:

- Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en condiciones simuladas y reales.
- Ejecución de Prácticas Seguras por una adecuada organización y control del acto quirúrgico.
- Comunicación eficaz del equipo de trabajo, intercambio de información y mecanismos de acción reacción ante la alerta de uno de sus miembros.

- Toma de decisiones oportunas y eficaces antes, durante y posterior al acto quirúrgico.

Los ítems señalados pueden ser objeto de evaluación de impacto a través de estudios diseñados con ese propósito.

Plan Temático

N°	Título del Tema	Total de Horas	De ellas:	
			Presenciales	Trabajo autónomo
1	Objetivos esenciales de la OMS para la seguridad de la cirugía.	6	2	4
2	La lista de verificación quirúrgica de la OMS y el cumplimiento de las prácticas quirúrgicas seguras.	12	4	8
3	Trabajo en equipo y toma de decisiones	12	4	8
Total		30	10	20

Programa Analítico

Tema 1. Las prácticas quirúrgicas seguras y la labor de enfermería.

Objetivo: Interpretar los elementos que caracterizan a las prácticas quirúrgicas seguras desde el aporte de los objetivos esenciales de la OMS para la seguridad de la cirugía y su aplicación a la labor que desempeña el enfermero y en su contribución a la calidad de la atención al paciente.

Contenido temático:

1.1. Prácticas quirúrgicas seguras. Definición. Elementos que las definen. Importancia de la labor de enfermería para el logro de prácticas quirúrgicas seguras.

1.2.Objetivos esenciales de la OMS para la seguridad de la cirugía. Contribución e importancia de los objetivos esenciales de la OMS para la labor de enfermería. Principios aplicables a la LVCS: Simplicidad, Amplitud de Aplicación y Mensurabilidad.

1.3.Las tres fases del acto quirúrgico según la LVCS: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (Entrada), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (Salida).

Estrategia docente: El contenido 1.1 se desarrollará mediante una conferencia orientadora y un trabajo grupal sobre la importancia del papel del personal de enfermería para el logro de prácticas quirúrgicas seguras. Como tarea docente se orientará la lectura de los Objetivos esenciales de la OMS para la seguridad de la cirugía que están incluidos en la bibliografía del curso. El segundo encuentro presencial consistirá en una discusión por equipos de cada objetivo esenciales de la OMS para la seguridad de la cirugía y el análisis de su aplicación en el contexto hospitalario en que se desempeñan.

Tema 2. La lista de verificación en cirugía de la OMS y el cumplimiento de las prácticas quirúrgicas seguras.

Objetivo: Aplicar la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía de la OMS para el logro de una adecuada organización y control del acto quirúrgico mediante la cumplimentación de sus pasos y la integración del control en sus esquemas de trabajo habituales.

Contenido temático

2.1. La Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía de la OMS. Etapas: antes de la inducción de la anestesia, antes de la incisión cutáneas y antes de la salida del paciente.

2.2. Procedimientos para el cumplimiento de los pasos de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

2.3 Métodos para el completamiento, modificación y adaptación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía a la práctica local.

Estrategia docente: El contenido 2.1 se desarrollará mediante una conferencia orientadora. El contenido 2.2 se desarrollará mediante un trabajo grupal para analizar entre estudiantes y profesores los procedimientos para el cumplimiento de los pasos de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y su cumplimiento en los escenarios reales. El contenido 2.3 se realizará mediante un taller donde previamente el profesor expondrá de forma breve los Métodos para el completamiento, modificación y adaptación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y cada equipo posteriormente realizará propuestas según situaciones de la práctica local.

Tema 3. Trabajo en equipo y toma de decisiones para las prácticas quirúrgicas seguras.

Objetivo: Desarrollar el trabajo en equipo mediante el establecimiento de una comunicación eficaz que favorezca la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y la toma de decisiones adecuadas.

Contenido temático

3.1. Trabajo en equipo. Liderazgo. Rol de los miembros del equipo y necesidad de su integración para la calidad de la atención al paciente quirúrgico. Importancia del papel del personal de enfermería para una adecuada comunicación.

3.2. Comunicación interpersonal y grupal. Habilidades para la comunicación: escucha activa, asertividad. Comunicación efectiva y su importancia.

3.3. Importancia de la comunicación para la toma de decisiones y su contribución al completamiento, modificación y adaptación de la lista de verificación quirúrgica a la práctica local por los miembros del equipo.

Estrategia docente: El contenido 3.1 y 3.2 se desarrollará mediante conferencias orientadoras y una discusión por equipos donde se ejemplifiquen diferentes situaciones que obstaculizan o favorecen la comunicación entre los miembros del equipo. El contenido 3.3 se realizará mediante una revisión bibliográfica y entrega por cada equipo de un trabajo escrito de dos a tres cuartillas sobre la importancia de una adecuada comunicación y su contribución al completamiento, modificación y adaptación de la lista de verificación quirúrgica a la práctica local por los miembros del equipo.

Evaluación final

El trabajo final será en equipo y consistirá en la propuesta de una simulación de un acto quirúrgico y la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en un quirófano. Los profesores evaluarán la calidad de las acciones desde la aplicación de los pasos de la Lista de verificación, el control del acto quirúrgico y la toma de decisiones del equipo en función de la calidad de la atención al paciente. Los profesores podrán usar el instrumento de observación presentado en la investigación como guía para evaluar la calidad de los trabajos presentados.

Bibliografía a emplear en el curso:

BÁSICA:

Organización Mundial de la Salud. (2008). *La cirugía segura salva vidas*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70084/1/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Lista de verificación de la seguridad de la cirugía*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44233/2/9789243598598_spa_Checklist.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Manual de aplicación de la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44233/1/9789243598598_spa.pdf

Organización Panamericana de la Salud (1994). *Estándares e indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe*. Recuperado de <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16603s/s16603s.pdf>

Pillou, Jean-François. (2004). *Calidad*. Recuperado de <http://es.ccm.net/contents/606-calidad>

CCM. (2017). *Calidad*. Recuperado de <http://es.ccm.net/contents/606-calidad>

Congreso Nacional. (2006). *Ley de derechos y amparo del paciente*. Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>

Hospital San Francisco de Quito. (2015). *Manual de funcionamiento de Centro Obstétrico*. Quito: Hospital San Francisco de Quito.

COMPLEMENTARIA

Arribalzaga, E., Lupica, L., Delor, S. y Ferraina, P. (2012). Implementación del listado de verificación de cirugía segura. *Revista argentina de cirugía*, 102 (1), 8-12. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=s2250639x2012000100002&script=sci_arttext

Donabedian, A. (1990). *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica*. Un texto introductorio, perspectivas en Salud Pública, num. 10, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Garrido MJ (2012). *Registro de ruta quirúrgica y seguridad en el quirófano de urología*. ENFURO. 121:22-24.

Izquierdo Baca, F. (2016). *Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional dos de mayo 2015*. Recuperado de <http://200.62.146.130/handle/cybertesis/5078>

Leon Gaibor, M. F., & Ortiz Aldas, A. G. (2016). *Cumplimiento de las practicas quirúrgicas seguras por el personal de enfermería a los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente en los servicios de cirugía, centro quirúrgico y recuperación del Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda, durante el periodo de abril 2015 a septiembre 2015* (Bachelor's thesis, Universidad Estatal de Bolívar. Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano. Escuela de Enfermería. Carrera de Enfermería. Recuperado de [http://dspace.ueb.edu.ec/bitstream/123456789/1323/3/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION\(1\).pdf](http://dspace.ueb.edu.ec/bitstream/123456789/1323/3/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION(1).pdf)

Paredes Campos, E. (2017). *Eficacia del uso de la lista de verificación checklist para disminuir los eventos adversos en pacientes sometidos a cirugía*. 2010. Recuperado de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/657>

Torres Manrique B (2016). *Seguridad quirúrgica y cumplimentación del registro de información intra -quirúrgica en España: Un análisis comparativo de dos instrumentos de registro*. Enfermería Global. Revista Electrónica trimestral de Enfermería. Vol 15. No. 1. Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/206611/188471>

CAPÍTULO VI

6. Conclusiones y Recomendaciones

6.1 Conclusiones

- El cumplimiento de las prácticas quirúrgicas seguras en el Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito, presentó dificultades durante el uso de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía ya que un gran número de los pasos no alcanzaron a realizarse en casi la mitad de los sujetos investigados, dejando de realizar acciones de vital importancia como: la verificación de los tres momentos de la intervención; la revisión de riesgo de hemorragia, dificultades en el acceso a la vía aérea y reacciones alérgicas; chequeo de comprobación de la seguridad del equipo de anestesia; confirmación del momento de la incisión cutánea; y la administración de antibióticos.
- Los factores que influyen en el cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras en Centro Obstétrico fueron la falta de conocimientos y habilidades, la escasa atención a las responsabilidades; así como la insuficiente comunicación e interacción entre los miembros del equipo quirúrgico.
- Se elaboró una propuesta de capacitación estratégica al personal de enfermería, con el objetivo de mejorar las Prácticas Quirúrgicas Seguras a través de un Programa Académico que permitirá la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes para el uso de las Listas de Verificación, el trabajo en equipo y la toma de decisiones.

6.2 Recomendaciones

- Comunicar los resultados de la presente investigación a los directivos del Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito para su análisis y discusión en los equipos de trabajo quirúrgicos.
- Ejecutar y validar el programa de capacitación estratégica sobre prácticas quirúrgicas seguras, dirigido al personal de enfermería del Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito.
- Desarrollar nuevas investigaciones para profundizar en las causas e influencias de los resultados, relacionados con actividades vitales para los pacientes, la comunicación y el trabajo en equipo.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, H., Zavala, J., Hernández, F., & Fajardo, G. (2010). *Calidad de la atención médica y seguridad del aciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc105o.pdf>
- Alcócer, B., & Torres, M. (2014). *Grado de adherencia del personal del equipo quirúrgico a las buenas prácticas para la seguridad quirúrgica del paciente en el Hospital Guillermo Almenara, agosto – diciembre de 2013*. Obtenido de Universidad Peruana Unión : <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/634>
- Araujo, M., & Guerra, M. (2010). *Inteligencia emocional y desempeño laboral en las instituciones de educación superior públicas*. Obtenido de <file:///C:/Users/User%20Hp/Downloads/Dialnet-InteligenciaEmocionalYDesempenoLaboralEnLasInstitu-3218188.pdf>
- Aravena, M., Kimelman, E., Micheli, B., Torrealba, R., & Zúñiga, J. (2006). *Investigación educativa I*. Obtenido de <http://cimm.ucr.ac.cr/wordpress/wp-content/uploads/2010/12/Aravena-et-al-Investigaci%C3%B3n-educativa-I-2006.pdf>
- Arenas, H., Hernández, J., Carvajal, J., Jiménez, J., Baltazar, I., & Flores, M. (2011). *Resultados de la aplicación de la lista de verificación quirúrgica en 60 pacientes. Cirujano general, 33(3), 156-162*. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992011000300004
- Asamblea Constituyente. (2008). *Constitución del Ecuador*. Obtenido de http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf

Asamblea Nacional de la República del Ecuador. (2008). *Código Orgánico Integral Penal*. Obtenido de <http://www.asambleanacional.gob.ec/es/system/files/document.pdf>

Barrios, R., Litano, M., & Moisés, M. (2016). *Cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la especialidad de traumatología en un hospital nacional de Lima, 2017*. Obtenido de <http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/437/Cumplimiento%20de%20la%20aplicaci%C3%B3n%20de%20la%20lista%20de%20verificaci%C3%B3n%20de%20cirug%C3%ADa%20segura%20en%20la%20especialidad%20de%20traumatolog%C3%ADa%20en%20un%20hospital%20nacional%20>

Barroso, Z., Colomer, E. (2007). *Las Competencias: su importancia para la planificación de los programas de capacitación de Enfermería*. Revista Cubana de Enfermería, 23(4), 0-0. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000400005

Bates, M., & Domínguez, A. (2008). *Revista Mexicana de enfermería cardiológica*. Obtenido de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2008/en083g.pdf>

Benner, P. (2004). *Using the Dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education*. Obtenido de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0270467604265061>

Cabrera, A. (2006). *Plan nacional de desarrollo de Recursos Humanos para Enfermería*. Obtenido de Revista Uruguaya de Enfermería: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/152>

Campana, G. (2006). *Errores médicos en el ambiente quirúrgico: Como prevenirlos. Parte I. Generalidades*. Revista chilena de cirugía, 58(3), 235-238.

Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-40262006000300015&script=sci_arttext

Campana, G. (2006). *Errores médicos en el ambiente quirúrgico. Como prevenirlos. Parte II. Errores de medicación en el pabellón quirúrgico. Revista chilena de cirugía, 58(4), 305-307.* Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/3455/345531919014.pdf>

Campana, G. (2006). *Errores médicos en el ambiente quirúrgico: Como prevenirlos. Parte III: Cuerpos extraños retenidos. Revista chilena de cirugía, 58(5), 390-392.* Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rhcir/v58n5/art15.pdf>

Capurro, M. (2008). *Calidad de atención que brinda enfermería a los pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva.* Obtenido de http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/monserrat_capurro.pdf

Cathcart, E. (2008). *The role of the chief nursing officer in leading the practice: lessons from the Benner tradition. Nursing administration quarterly.* Obtenido de http://journals.lww.com/naqjournal/fulltext/2008/04000/The_Role_of_the_Chief_Nursing_Officer_in_Leading.4.aspx

Congreso Nacional. (2006). *Ley de derechos y amparo del paciente.* Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>

Custodio, W. F., Llauce, S. E. I., & Sánchez, C. B. (2017). *Experiencias de las enfermeras quirúrgicas en el Proceso de implementación de la Lista de Verificación: Cirugía Segura, Hospital III-1 MINSA. Chiclayo-Perú, 2014. Acc Cietna: Para el Cuidado de la Salud, 3(2).* Obtenido de <http://publicaciones.usat.edu.pe/index.php/AccCietna2014/article/view/333>

Da Silva, L., Schubert, B., Vânia, M., & Lenise, M. (2014). *La educación en el trabajo de enfermería en el contexto latinoamericano.* Obtenido de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200017

Davini, M. (2005). *Enfoques, problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos de salud*. Obtenido de http://ssi.campusvirtualsp.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/Davini_Educacion_permanente_rhus.pdf

González, M. (2012). *Lista de verificación de seguridad de la cirugía: un paso más hacia la seguridad del paciente*. Obtenido de <http://repositorio.unican.es:8080/xmlui/handle/10902/2473>

Henderson, V. (1966). *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research and education*. New York, Estados Unidos: MacMillan.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.

Hospital San Francisco. (2015). *Manual de funcionamiento de Centro Obstétrico*. Quito, Ecuador.

Hospital San Francisco de Quito. (2015). Obtenido de Hospital San Francisco de Quito: <http://www.hsfq.gob.ec/>

International Organization for Standardization. (2015). *Quality management systems - Fundamentals and vocabulary*. Obtenido de http://www.iso.org/iso/home/store/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=45481

Izquierdo y Del Pilar, F. (2016). *Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional*. Obtenido de <http://200.62.146.130/handle/cybertesis/5078>

León, M., & Ortiz, A. (2016). *Cumplimiento de las practicas quirúrgicas seguras por el personal de enfermería a los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente en los servicios de cirugía, centro quirúrgico y recuperación del Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de*. Obtenido de [http://dspace.ueb.edu.ec/bitstream/123456789/1323/3/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION\(1\).pdf](http://dspace.ueb.edu.ec/bitstream/123456789/1323/3/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION(1).pdf)

Malagón, G., Galán, R., & Pontón, G. (2006). *Garantía de calidad en salud*. Bogotá, Colombia: Médica Panamericana.

Mateo, M., Campos, O. H., Borges, F. N., & Navarro Giné, A. (2010). *Fundamentos de estadística en ciencias de la salud*. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona.

Ministerio de Salud. (1998). *Gestión de la Capacitación en las Organizaciones. Conceptos Básicos*. Obtenido de <http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/pdf/capacitacion.pdf>

MINSA (2011). *Guía técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía*. Dirección General de Salud de las Personas. Ministerio de Salud, Lima, Perú. Obtenido de http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2012/GUIA_TECNICA_FIN_AL_15junio2011.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2008). *La cirugía segura salva vidas*. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70084/1/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Lista de verificación de la seguridad de la cirugía: Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44233/2/9789243598598_spa_Checklist.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Departamento de Recursos Humanos para la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/hrh/about/es/>

Paredes, E. (2017). *Eficacia del uso de la lista de verificación checklist para disminuir los eventos adversos en pacientes sometidos a cirugía*. Obtenido de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/657>

Peixoto, S., Gonçalves, L., Dutra da Costa, T., Tavares, C., Dantas, A., & Cortez, E. (2012). *Enfermería Global*. Obtenido de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/141801>

Pillou, F. (2014). *Calidad*. Obtenido de <http://es.ccm.net/contents/606-calidad>
Ramos, M. P. (s.f.).

Ramos, M., Pratts, M., González, M., Bernal, L., Jiménez, E., Flores, G., & Gutierrez, R. (2004). *Calidad de la atención de salud. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas*. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas.

Ramos, M., Pratts, M. F., González, M. D. L. C. B., Bernal, L. D. C. C., Jiménez, E. V., Flores, G. L., & Gutiérrez, R. C. (2004). *Calidad de la atención de salud*. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2008/oras081a.pdf>

Real Academia Española, Asociación de Academias de la Lengua Española. (2014). *Diccionario de la lengua española*. Madrid, España: Espasa.

Rubio, L. C., Ruiz, J. R. C., & Rebaza, L. C. (2015). *Calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico del Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo–2014*. *Sciéndo*, 17(1). Obtenido de <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/SCIENDO/article/view/1026>

Secretaría de Salud. (2015). *Marco conceptual, Sistema Nacional de Administración de Capacitación en Salud, DGCES, Secretaría de Salud*. Obtenido de http://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/work/models/PTP/Reingenieria_a_Gasto/imagenes/Ventanas/Ramo_12/12E010.pdf

Rivero, M., Nolasco, A., Puntunet, M., & Cortés, G. (2012). *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. Obtenido de <http://www.index-f.com/rmec/20pdf/20-047.pdf>

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). *Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 – 2017 Ecuador*. Obtenido de <http://www.buenvivir.gob.ec/> tl, R. e. (2004).

Torres, A. (2017). *Cumplimiento de lista de verificación de cirugía segura. Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Daniel Alcides Carrión - Huancayo, agosto 2016*. Obtenido de <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2888>

Torres, B. (2016). Seguridad quirúrgica y cumplimentación del registro de información intraquirúrgica en España: Un análisis comparativo de dos instrumentos de registro. *Enfermería Global. Revista Electrónica trimestral de Enfermería*.

Varas, J., Demetrio, A. M., & Gayán, P. (2008). *Seguridad del paciente y calidad en atención hospitalaria: Desafíos permanentes. Rev Obstet Ginecol Hosp Dr. Luis Tisné Brousse, 3(1), 31-4*. Obtenido de <http://www.revistaobgin.cl/articulos/ver/467>

Villarreal Cantillo, E. (2007). *Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud uninorte, 23(1)*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/html/817/81723111/>

Zárate, R. (2016). *La historia del efecto Hawthorne*. Obtenido de http://www.academia.edu/16406229/La_historia_del_efecto_Hawthorne

ANEXOS

Anexo A. Consentimiento Informado para Profesionales de Enfermería de Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito.

El presente trabajo de investigación ha sido evaluado y autorizado por los Comités de Investigaciones y de Ética de las Investigaciones del Hospital San Francisco de Quito y de la Universidad Técnica del Norte. Si usted tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos como participante en la investigación puede contactarse con estas entidades.

Los Comités de Investigaciones y de Ética de las Investigaciones, son grupos de personas independientes de la investigadora, que evalúan y monitorean el estudio desde su inicio hasta su finalización, y cuya función es asegurar que el bienestar del participante sea preservado y sus derechos respetados.

Dando muestras de conformidad, firmo la presente en la ciudad de Quito, a los ____ días del mes de _____ de 2017.

Nombre y apellidos: _____

Firma: _____

C.I.: _____

Anexo B, Guía de Observación

“Programa de Capacitación Estratégico al Personal de Enfermería de Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito para Mejorar el Cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras Julio - Octubre 2017”

OBJETIVO: Valorar el cumplimiento de las Prácticas Quirúrgicas Seguras por personal de enfermería del Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito.

INSTRUCCIONES: Ésta Guía de Observación no pretende evaluar el desempeño laboral del personal de enfermería, sino que la información que se obtenga de ella serán utilizada exclusivamente para fines de la investigación, de ninguna manera interfieren o repercuten en la evaluación del trabajador. Los datos obtenidos son confidenciales y anónimos.

Lea detenidamente cada paso de la técnica y marque con una X sólo una de las opciones que aparecen: Realiza y No realiza.

En la columna observaciones, se registrará cualquier aspecto que el observador considere necesario para enriquecer los elementos en que se fundamenta la evaluación.

Se pide al observador objetividad en la evaluación.

Pasos del procedimiento	Realiza	No Realiza	Observación
ENTRADA			
1. ¿Cuenta con el formato de Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía según OMS o con variaciones?			
2. ¿El enfermero circulante anuncia en voz alta la ejecución de cada uno de los momentos de verificación de la Seguridad de la Cirugía?			
3. ¿Realiza la verificación en los tres momentos establecidos? <ul style="list-style-type: none"> • Antes de la inducción de la anestesia. • Antes de la incisión cutánea. • Antes de que el paciente salga del quirófano. 			
4. ¿Al realizar la verificación el enfermero circulante utiliza lenguaje claro, comprensible y en un tono de voz adecuado y audible para todos los miembros del equipo?			
5. ¿Todos los miembros del equipo responden con lenguaje claro, comprensible y en tono de voz adecuado y audible a las preguntas realizadas?			
6. ¿Todos los miembros del equipo responden con coherencia a las preguntas realizadas?			
7. ¿El enfermero circulante registra en la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía las respuestas dadas por los miembros del equipo?			
8. ¿El anestesista y el cirujano se encuentran en la sala de operaciones en los tres momentos de verificación establecidos? <ul style="list-style-type: none"> • Antes de la inducción de la anestesia. • Antes de la incisión cutánea. • Antes de que el paciente salga del quirófano. 			
9. ¿El enfermero circulante confirma verbalmente con el paciente (si es posible) su identidad, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como su consentimiento para ser operado?			
10. ¿El enfermero circulante confirma visualmente que se ha delimitado el sitio quirúrgico (si procede)?			
11. ¿El enfermero circulante confirma visualmente que el paciente tiene colocado un pulsioxímetro que funciona correctamente?			

12. ¿El enfermero circulante revisa verbalmente con el anestesista el riesgo de hemorragia, de dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente, y si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad del equipo de anestesia?			
---	--	--	--

PAUSA Quirúrgica			
13. ¿Cada miembro del equipo se presenta por su nombre y función?			
14. ¿El equipo se detiene justo antes de la incisión cutánea para confirmar en voz alta que se va a realizar la operación correcta en el paciente y el sitio correctos?			
15. ¿Los miembros del equipo revisan verbalmente entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía las preguntas de la Lista de verificación?			
16. ¿Los miembros del equipo confirman si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores y si pueden visualizarse adecuadamente los estudios de imagen esenciales?			
SALIDA			
17. ¿Todos los miembros del equipo revisan la operación llevada a cabo?			
18. ¿El enfermero circulante e instrumentista realizan el recuento de gasas e instrumentos?			
19. ¿El enfermero circulante revisa en voz alta con el resto de los miembros del equipo el etiquetado de toda muestra biológica obtenida?			
20. ¿Se examinan los problemas que puedan haberse producido en relación con el funcionamiento del instrumental o los equipos, y otros problemas que deban resolverse?			
21. ¿Se repasan los planes y aspectos principales del tratamiento posoperatorio y la recuperación?			
22. ¿El enfermero circulante completa todos los datos de identificación del paciente, fechas y horas, así como de las personas responsables de la verificación?			

23. ¿La aplicación de la lista de verificación fue dirigida por una sola persona?			
24. ¿El enfermero circulante impide que el equipo pase a la siguiente fase de la operación mientras no se haya abordado satisfactoriamente cada uno de los puntos?			

Anexo C. Guía de Entrevista

Guía para el entrevistador:

Solicitar el consentimiento informado verbal para participar en la entrevista preguntando si desea participar en este paso.

Realice el encuentro individual del participante con el investigador en un local aislado.

Considere crear un ambiente distendido, compórtese de forma natural y permita que el entrevistado pueda expresar sus criterios de forma abierta.

En la medida que el entrevistado se exprese tome notas y reserve las preguntas auxiliares en caso que el entrevistado no se refiera a esos temas.

Pregunta principal:

En su consideración ¿qué factores influyen en el cumplimiento de las prácticas quirúrgicas Seguras en Centro Obstétrico del Hospital San Francisco de Quito?

Preguntas auxiliares

¿Cómo considera que pudieran influir?:

- los conocimientos de los enfermeros;
- las habilidades para manejar la LVCS
- las actitudes al enfrentarse al acto quirúrgico
- los factores administrativos de aseguramiento a la práctica
- los factores de comunicación entre el personal asistente al acto quirúrgico

"STRATEGIC TRAINING PROGRAM FOR NURSING STAFF OF THE OBSTETRIC CENTER AT THE "SAN FRANCISCO" HOSPITAL IN QUITO CITY, TO IMPROVE THE COMPLIANCE OF SAFE SURGICAL PRACTICES, JULY-OCTOBER, 2017 "

AUTHOR: Sandra Elizabeth Castillo García

EMAIL: castillo-azul@hotmail.com

ABSTRACT

The World Health Organization promotes Safe Surgical Practices through the use of the Surgery Safety Verification Checklist (SSVC) with the purpose of reducing complications and deaths due to improper surgical care. With the objective of supporting the strategic training of the nursing staff of the Obstetric Centre at the "San Francisco" Hospital in Quito city, a quantitative-qualitative, descriptive and cross-sectional research was carried out to assess compliance with the SSVC in 47 nurses who worked in the surgery room in the months July –October, 2017. As a result of the application of an observation checklist, it was obtained that only four of the procedural steps were performed by the chosen sample; there were significant deficiencies in 18 elements of the checklist; and approximately half of the nurses, 44.7% did not perform all the steps in an adequate way, thus representing a significant difference (SD 8.7, CI + 95%: 2.4). It is concluded that compliance with Safe Surgical Practices in the studied centre is not achieved and is influenced by lack of knowledge, and attention to responsibilities; as well as insufficient communication and information among the members of the surgical team. As a valid proposal, was developed a strategic training program for the nursing staff, which answers to the identified problems and it has activities which will allow the acquisition of knowledge and skills in the use of the SSVC, team work and the making of decisions.

Keywords: Quality in Health, Safe Surgical Practices, Strategic Training, Nursing Staff.

Victor Raúl Rodríguez Vitero
1715496129




Urkund Analysis Result

Analysed Document: Tesis revisada Lic Castillo MAYO 2018 (2).docx (D38755843)
Submitted: 5/16/2018 4:32:00 AM
Submitted By: mcflores@utn.edu.ec
Significance: 8 %

Sources included in the report:

MAJO TESIS FINAL 13.SEP.2016.docx (D21759662)
 TESIS DIEGO REYES & JIMMY CEDEÑO.docx (D19836684)
 Proyecto Actual de Investigación Gualli - Merino.docx (D26261643)
 TFG Xabi DEFINITIVO.docx (D29271483)
http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100017
<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017852.pdf>
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44233/1/9789243598598_spa.pdf
<http://es.ccm.net/contents/606-calidad>
<http://200.62.146.130/handle/cybertesis/5078>
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/657>
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/206611/188471>
<http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc105o.pdf>
<http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/634>
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992011000300004
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000400005
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchcir/v58n5/art15.pdf>
http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/monserrat_capurro.pdf
http://journals.lww.com/naqjournal/fulltext/2008/04000/The_Role_of_the_Chief_Nursing_Officer_in_Leading.4.aspx
<http://publicaciones.usat.edu.pe/index.php/AccCietna2014/article/view/333>
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200017
<http://www.who.int/hrh/about/es/>
<http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/SCIENDO/article/view/1026>
http://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/work/models/PTP/Reingenieria_Gasto/imagenes/Ventanas/Ramo_12/12E010.pdf
<http://www.index-f.com/rmec/20pdf/20-047.pdf>
<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2888>

Instances where selected sources appear:

64