



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE CIRUGÍA SEGURA EN CENTRO
QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA 2018 – 2019

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciada
en Enfermería

AUTOR(A): NAVARRETE ENRÍQUEZ ROXANNE MORELIA

DIRECTOR(A): MSC. EVA CONSUELO LÓPEZ AGUILAR

IBARRA - ECUADOR

2019

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada “Cumplimiento del protocolo de cirugía segura en centro quirúrgico del Hospital Luis Gabriel Dávila 2018 – 2019”, de autoría de Roxanne Morelia Navarrete Enríquez para la obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 15 días del mes de julio del 2019

Lo certifico



.....
Msc. Eva Consuelo López Aguilar

C.C: 1002251534

DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	100419438-5		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Navarrete Enríquez Roxanne Morelia		
DIRECCIÓN:	Av. 17 de Julio y Miramontes		
EMAIL:	nenaroxy_1997@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	-	TELÉFONO MÓVIL:	0995452322
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“Cumplimiento del protocolo de cirugía segura en centro quirúrgico del Hospital Luis Gabriel Dávila 2018 – 2019”		
AUTOR (ES):	Navarrete Enríquez Roxanne Morelia		
FECHA:			
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería		
ASESOR /DIRECTOR:	Msc. Eva Consuelo López Aguilar		

2. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 15 días del mes de julio del 2019

LA AUTORA



.....

Roxanne Morelia Navarrete Enríquez

C.I.: 100419438-5

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS-UTN

Fecha: Ibarra, a los 15 días del mes de julio del 2019

NOMBRES COMPLEOS AUTORA “Roxanne Morelia Navarrete Enríquez”
TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería Universidad Técnica del Norte,
Ibarra.

DIRECTORA: Msc. Eva Consuelo López Aguilar

El principal objetivo de la presente investigación fue, Determinar el cumplimiento del protocolo de cirugía segura en centro quirúrgico del Hospital Luis Gabriel Dávila.

Entre los objetivos específicos se encuentran:

Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio

Identificar el grado de conocimiento del personal de salud que labora en Centro Quirúrgico sobre las pausas de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

Describir el cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el personal de salud que labora en Centro Quirúrgico.

Elaborar un poster científico para representar el desarrollo y resultados obtenidos durante la investigación.

Ibarra, a los 15 días del mes de julio del 2019



Msc. Eva Consuelo López Aguilar

Directora



Roxanne Morelia Navarrete Enríquez

Autora

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación quiero dedicar con mucho cariño a mis padres Edgar y Cecilia ya que han sido el pilar fundamental en el proceso de aprendizaje y formación académica, a mi hermano Jairo por ser mi apoyo incondicional durante el transcurso de la carrera ya que me ha guiado con sus consejos y gracias a su confianza ha sido posible la realización de este trabajo de investigación.

A todo el personal de salud que labora en Centro Quirúrgico del Hospital Luis Gabriel Dávila, esperando que este trabajo de investigación sea un aporte para que genere cambios en su ámbito de trabajo.

ROXANNE MORELIA NAVARRETE ENRÍQUEZ

AGRADECIMIENTO

A Dios por guiar mis pasos durante el transcurso de mi vida y por darme esa fe para culminar mi carrera, a mis padres y hermano por el apoyo, los consejos y la confianza brindada en todo momento.

A la Universidad Técnica del Norte por haberme permitido formar parte de esta institución educativa, a las y los docentes que me ayudaron en mi formación académica y a mis tutoras de trabajo de grado por compartir sus conocimientos y apoyarme en la realización de esta investigación.

ROXANNE MORELIA NAVARRETE ENRÍQUEZ

TEMA

Cumplimiento del protocolo de cirugía segura en centro quirúrgico del Hospital Luis
Gabriel Dávila 2018 – 2019

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
TEMA	viii
RESUMEN.....	13
ABSTRACT.....	14
CAPÍTULO I.....	15
1. El Problema de la Investigación.....	15
1.1. Planteamiento del Problema	15
1.2. Formulación del Problema.....	16
1.3. Justificación	17
1.4. Objetivos.....	18
1.4.1. Objetivo General	18
1.4.2. Objetivos Específicos	18
1.5. Preguntas de investigación.....	19
CAPÍTULO II	20
2. Marco Teórico.....	20
2.1. Marco Referencial.....	20
2.1.1. Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente.	20
2.1.2. Conocimiento e Implementación de la seguridad del paciente quirúrgico en una institución pediátrica del sureste de México	21
2.1.3. Nivel de cumplimiento y factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura	21
2.1.4. Cirugía segura: validación de checklist pre y postoperatorio	22
2.1.5. Evaluación de la aplicación del listado de verificación quirúrgica como estrategia de mejora en la cultura de seguridad	22
2.2. Marco Contextual	23

2.3.	Marco Conceptual.....	25
2.3.2.	Cirugía segura.....	25
2.3.3.	Objetivos de la cirugía segura Organización Mundial de la Salud ..	26
2.3.4.	Principios de la lista de verificación de la OMS	27
2.3.5.	Momentos de aplicación de la lista de verificación de cirugía segura OMS	28
2.3.6.	Consentimiento Informado.....	35
2.3.7.	Áreas en Centro Quirúrgico.....	35
2.3.8.	Actividades para reducir el daño al paciente.....	36
2.3.9.	Rol de Enfermería en el uso de la lista de verificación de cirugía segura	37
2.3.10.	Eventos Adversos evitables con la creación de la cirugía segura.	38
2.3.11.	Ventajas de la implementación de la lista de verificación de cirugía segura	39
2.3.12.	Teoría de Hildegard Peplau	39
2.4.	Marco Legal y Ético	41
2.4.1.	Marco Legal	41
2.4.2.	Marco Ético	46
CAPÍTULO III.....		53
3.	Metodología de la Investigación	53
3.1.	Diseño de la Investigación.....	53
3.2.	Tipo de Investigación.....	53
3.3.	Localización y ubicación de estudio.....	54
3.4.	Población y universo.....	54
3.4.1.	Muestra	54
3.4.2.	Criterios de inclusión.....	54
3.4.3.	Criterios de exclusión.....	54
3.5.	Operacionalización de variables	55
3.6.	Métodos de recolección de información	63
3.7.	Técnica e Instrumentos	63
3.7.1.	Técnica	63
3.7.2.	Instrumento.....	63
3.8.	Procesamiento de la información.....	63
CAPÍTULO IV.....		64

4. Análisis e Interpretación de Resultados	64
CAPÍTULO V	77
5. Conclusiones y recomendaciones	77
5.1. Conclusiones	77
5.2. Recomendaciones	78
BIBLIOGRAFÍA	79
ANEXOS	86

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas	64
Tabla 2. Conocimiento del personal de Centro Quirúrgico sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura.....	66
Tabla 3. Conocimiento de la Lista de Verificación antes de la inducción anestésica	67
Tabla 4. Conocimiento de la Lista de Verificación antes de la incisión cutánea.....	69
Tabla 5. Conocimiento de la Lista de Verificación antes que el paciente salga del quirófano	71
Tabla 6. Cumplimiento de la Lista de Verificación por parte del Cirujano, Médico Residente e Internos de Medicina	72
Tabla 7. Cumplimiento de la Lista de Verificación por Anestesiología, Enfermería e Internos de Enfermería.....	75

RESUMEN

CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE CIRUGÍA SEGURA EN CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA 2018 – 2019

AUTORA: Roxanne Morelia Navarrete Enríquez

CORREO: roxannemorelia97@gmail.com

El problema de la seguridad del paciente se presenta con frecuencia en los servicios quirúrgicos, los eventos adversos y complicaciones que afectan a los pacientes son prevenibles con el uso de herramientas para la seguridad del paciente como la Lista de Verificación de Cirugía Segura creada por la Organización Mundial de la Salud. El objetivo de esta investigación es determinar el cumplimiento del protocolo de cirugía segura en centro quirúrgico del Hospital Luis Gabriel Dávila, se trató de un estudio cualicuantitativo, no experimental, de tipo descriptivo, documental, observacional y transversal; la muestra estuvo constituida por el personal de Centro Quirúrgico, como instrumento se elaboró una encuesta de conocimiento y una guía de observación basada en la Lista de Verificación para su cumplimiento, se obtuvo como resultados; el sexo predominante en un 51% son hombres, en edades entre 31 a 40 años, 47% posee título académico de tercer nivel y el mayor número de personal conforma Enfermería. En relación al conocimiento el 71% conoce sobre las pausas quirúrgicas mientras que, el 29% desconoce acerca de los parámetros de esta herramienta. Los resultados en el cumplimiento por parte de los Cirujanos, se obtuvo un 85% a favor y 15% de incumplimiento, Anestesiología y Enfermería cumple un 100%, Médicos Residentes cumplen un 92%, Internos de Medicina cumplen el 69% e Internos de Enfermería un 95%. Se concluye que en su mayoría conocen sobre las actividades del formulario de Cirugía Segura, el mayor cumplimiento se observó en profesionales de Anestesiología y Enfermería donde ejecutaron a cabalidad los ítems de la Lista de Verificación.

Palabras clave: Cirugía segura, lista de verificación, pausas quirúrgicas, seguridad del paciente.

ABSTRACT

COMPLIANCE WITH THE PROTOCOL FOR SURGERY SAFETINESS IN THE SURGICAL CENTER IN THE LUIS GABRIEL DÁVILA HOSPITAL, 2018 - 2019

AUTHOR: Roxanne Morelia Navarrete Enríquez

EMAIL: roxannemorelia97@gmail.com

Adverse events and complications affecting patients are preventable with the use of patient safety tools such as the Safe Surgery Checklist created by the World Health Organization. The objective of this research is to determine compliance with the safe surgery protocol in the Luis Gabriel Davila Hospital surgical center. It was a qualitative-quantitative, non-experimental, descriptive, documentary, observational and transverse study; the sample consisted of the staff of the Surgical Center, as a tool a survey was developed and an observation guide based on the compliance Checklist, showing that the predominant sex is male with 51%, with ages from 31 to 40 years, 47% have third level academic degree and the largest number of staff are nurses. In relation to knowledge, 71% know about surgical pauses while 29% do not know about the parameters of this tool. The results regarding compliance by Surgeons were 85% in favor and a 15% of non-compliance, Anesthesiology and Nursing meets 100%, Resident Doctors meet 92%, Medical Interns meet 69% and Nursing Interns 95%. It is concluded that most of them know about the activities of the Safe Surgery checklist, the greatest compliance was observed in professionals of Anesthesiology and Nursing where they fully applied the items of the Checklist.

Keywords: Checklist, surgical pauses, Safe Surgery, Patient Safety.

CAPÍTULO I

1. El Problema de la Investigación

1.1. Planteamiento del Problema

Actualmente, la cirugía representa un elemento clave de la atención médica integral, con aproximadamente 234 millones de cirugías realizadas mundialmente en el último año. Por ello, las complicaciones quirúrgicas son un problema de salud inminente al representar la tercera causa de muerte a nivel mundial, cuando en su mayoría son potencialmente prevenibles (1).

Se calcula que, cada año, 63 millones de personas se someten a intervenciones quirúrgicas por lesiones traumáticas, otros 10 millones por complicaciones relacionadas con el embarazo y 31 millones más por problemas oncológicos. En países desarrollados se han registrado complicaciones importantes del 3-16% de los procedimientos quirúrgicos que requieren ingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0,4-0,8% aproximadamente (2).

En consecuencia, las intervenciones quirúrgicas producen al menos 7 millones de complicaciones incapacitantes y 1 millón de defunciones cada año, y se considera que al menos la mitad de estas complicaciones podría haberse evitado si se aplicaran de manera más sistemática las normas básicas de atención tanto en los países ricos como en los pobres (3).

Es así que la poca seguridad dentro de la intervención quirúrgica puede causar daños irreversibles e incluso la muerte. Estos resultados motivaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a lanzar el reto “La Cirugía Segura Salva Vidas”, a partir del 2008, dentro del marco de acciones prioritarias de la Alianza Mundial para la Seguridad para el Paciente. Así, una de las consecuencias inmediatas de esta iniciativa fue la publicación de una guía de práctica dirigidas a reducir los efectos adversos producidos por la cirugía (4).

En Ecuador no existen trabajos de evaluación de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura desde la perspectiva de los prestadores de servicios, tampoco estudios que verifiquen su aplicación y satisfacción en el perfil de seguridad del paciente.

En todos los hospitales la enfermera circulante debe ser la encargada de llevar a cabo el cumplimiento de la lista de verificación de la hoja de cirugía segura, conjuntamente con el equipo de salud, sin embargo, si existe un llenado incompleto o erróneo por la falta de comunicación con el personal y con la persona que va a ser intervenida, esto puede provocar efectos secundarios que podrían llevar a la muerte del paciente.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuál es el nivel de cumplimiento del protocolo de cirugía segura en centro quirúrgico del Hospital Luis Gabriel Dávila 2018 – 2019?

1.3. Justificación

Los errores asociados a la cirugía se relacionan con una incorrecta identificación del paciente, localización errónea del sitio quirúrgico, problemas con el equipamiento o la falta del mismo; son eventos adversos que provocan complicaciones que pueden llevar a la pérdida de movilidad, infección del sitio de incisión, pérdidas de sangre superiores a las previstas o cierre de la herida sin haber retirado el material quirúrgico utilizado.

La carencia de estudios actuales sobre el tema es de gran importancia ya que el uso de la lista de verificación de cirugía segura conjuntamente con el correcto cumplimiento de la aplicación de la misma, garantiza que el equipo de salud adopte medidas esenciales para disminuir el riesgo que compromete el bienestar y la vida del paciente quirúrgico, es por ello que la presente investigación tiene como objetivo determinar el cumplimiento del protocolo de cirugía segura en centro quirúrgico del Hospital Luis Gabriel Dávila 2018 – 2019.

Es factible y viable porque, ayuda a fomentar la comunicación entre el personal de salud y el paciente que será intervenido quirúrgicamente, evitando eventos adversos irreversibles y hasta la muerte por procedimientos innecesarios; ya que en la fase pre quirúrgica el paciente pasa por un proceso en el que tiene contacto con profesionales y técnicos que conforme a sus responsabilidades ofrecen información, aclaran dudas clínicas y administrativas, revisión detallada de la documentación requerida y la historia clínica previa; todo esto para garantizar el procedimiento para que sea llevado de manera exitosa.

Es importante mencionar que los beneficiarios directos son el personal que labora en centro quirúrgico y los pacientes porque recibirán una atención de calidad evitando eventos adversos, y entre los beneficiarios indirectos son la Academia como referente para próximas investigaciones sobre la temática y para el investigador porque mediante el desarrollo de la investigación obtendrá su título de tercer nivel.

1.4.Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar el cumplimiento del protocolo de cirugía segura en centro quirúrgico del Hospital Luis Gabriel Dávila 2018 – 2019.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio.
- Identificar el grado de conocimiento del personal de salud que labora en Centro Quirúrgico sobre las pausas de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.
- Describir el cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el personal de salud que labora en Centro Quirúrgico.
- Elaborar un poster científico para representar el desarrollo y resultados obtenidos durante la investigación.

1.5.Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características socio demográficas de la población en estudio?
- ¿Qué grado de conocimiento tiene el personal de salud que labora en Centro Quirúrgico sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura?
- ¿Cuáles son los parámetros de la Lista de Verificación de Cirugía Segura que cumple el personal de salud que labora en Centro Quirúrgico?
- ¿Por qué la importancia de elaborar un poster científico sobre los resultados de la investigación?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Marco Referencial

2.1.1. Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente (5).

Esta investigación fue realizada en Colombia en el Hospital General de Medellín en el año 2013 por Constanza Collazos, Liliana Bermúdez, León Quinteros y Marcela Díaz; que tuvo como objetivo describir la aplicación de la lista de verificación y el comportamiento de eventos adversos antes y después de implementar la cirugía segura en el Hospital General de Medellín, se trató de un estudio de corte transversal donde se incluyeron a todos los pacientes de cirugía mayor en el periodo febrero – marzo 2013, se aplicó como instrumento un cuestionario dirigido a los pacientes sobre la percepción de seguridad en el Hospital; finalmente se comparó el número de eventos adversos en cirugía antes y después de la implementación de la lista de verificación; obteniendo como resultados: de 246 pacientes, el cumplimiento de la lista de verificación fue del 90% según los pacientes; es así que el 97% de los pacientes recomendaron a este Hospital para intervenciones quirúrgicas. Se observó que los eventos adversos disminuyeron luego de la implementación de la cirugía segura (7,26% en 2011 – 3,2% en 2013). Se concluye que los resultados obtenidos son satisfactorios, teniendo en cuenta que la implementación de la lista debe ir acompañada de un cambio en la cultura de la organización, cambio que no resulta fácil de conseguir en un tiempo corto, tomando en cuenta la verificación de la firma del consentimiento informado, que se realizó en el 100% de los pacientes encuestados; esto es muy importante en los casos en que se producen complicaciones; el consentimiento informado constituye un elemento a favor de los profesionales y de la institución de salud en los procesos de responsabilidad médica.

2.1.2. Conocimiento e Implementación de la seguridad del paciente quirúrgico en una institución pediátrica del sureste de México (6).

Esta investigación fue realizada en una institución pediátrica en la ciudad de México en el año 2016 por Mirta León, María Ruíz y Carmen de la Cruz, el objetivo fue evaluar el nivel de conocimiento e implementación de la seguridad del paciente quirúrgico, el estudio tuvo un enfoque descriptivo, observacional de corte transversal en base a una muestra de 78 profesionales de salud del equipo quirúrgico del Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño, los instrumentos de recolección de datos fueron; cuestionario de conocimiento y cumplimiento de la seguridad quirúrgica. Los resultados obtenidos considerando el nivel de conocimiento fue bueno en 77% de los participantes, en la evaluación del cumplimiento se encontró en un promedio de 85% en un cumplimiento de la primera fase antes de la anestesia, en la fase dos antes de la incisión cutánea se obtuvo un cumplimiento del 79% y la fase tres, antes que el paciente salga del quirófano 85% cumple. Se concluye que las evaluaciones de las tres etapas de la verificación de seguridad quirúrgica permitieron identificar áreas de oportunidades para mejorar la implementación, disminuir el número de complicaciones, muertes evitables y avanzar en una cultura de seguridad del paciente quirúrgico.

2.1.3. Nivel de cumplimiento y factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura (7).

La investigación fue realizada en el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” de la ciudad de México en el año 2012 por las Enfermeras especialistas en cardiología de la sala de operaciones y del departamento de calidad del cuidado. El objetivo fue determinar el nivel de cumplimiento y los factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, el estudio fue descriptivo, prospectivo y transversal durante el periodo mayo – agosto del 2012 con un muestreo por conveniencia donde se incluyó todo el evento quirúrgico y personal de sala de operaciones, se realizó una lista de chequeo con 25 ítems para determinar el nivel y factores de cumplimiento, viabilidad, llenado correcto y beneficios para evitar eventos

adversos, los resultados fueron que el nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura es de 88%, el incumplimiento se identificó en el reporte verbal de consideraciones especiales y situaciones críticas en cirugía con un 50%. Se concluye que el bajo nivel de cumplimiento se debe a que el proceso se encuentra en una etapa temprana de implementación, generando la falta del llenado correcto de la lista de verificación.

2.1.4. Cirugía segura: validación de checklist pre y postoperatorio (8).

La investigación se realizó en un amplio hospital público de enseñanza en la región sur de Brasil en el periodo de marzo 2014 – octubre 2015. El objetivo fue desarrollar, evaluar un checklist de seguridad quirúrgica para los periodos pre y postoperatorios de unidades de hospitalización quirúrgica. El estudio fue transversal, cualitativo; donde el checklist se aplicó a 16 enfermeros de 8 unidades quirúrgicas y fue sometida a validación por ocho expertos utilizando el método Delphi en línea (técnica prospectiva usada para obtener información cualitativa y precisa acerca del futuro), los resultados obtenidos fueron que se logró un 75% de validación. Como conclusión tenemos que el checklist de seguridad quirúrgica en el periodo pre y postoperatorio es otra estrategia más para promover la seguridad del paciente, ya que permite monitorear los signos y síntomas predictivos de las complicaciones quirúrgicas y la detección temprana de eventos adversos.

2.1.5. Evaluación de la aplicación del listado de verificación quirúrgica como estrategia de mejora en la cultura de seguridad (9).

La investigación se realizó en el Hospital Clínico de Barcelona durante el periodo de septiembre 2015 – octubre 2016; la autora del trabajo es Eva Valentín. El objetivo del estudio es evaluar el grado de aplicación real del listado de verificación quirúrgica, así como identificar las causas que limitan su correcta aplicación en el área quirúrgica percibido por el personal de enfermería, el estudio es cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal, teniendo en cuenta un nivel de confianza del 95%, una precisión del 0,05 la muestra del estudio será de 132 sujetos, los resultados obtenidos

fueron que el 80% del personal de enfermería realiza una correcta aplicación de la lista de verificación mientras que el restante lo toma como pérdida de tiempo e interrupción del proceso quirúrgico. Se concluye que la evaluación de la aplicación de la cirugía segura contribuye a una mejora en la cultura de seguridad del paciente quirúrgico por parte del personal de salud para evitar posibles complicaciones en el pre y postoperatorio.

2.2.Marco Contextual



RESEÑA HISTORICA:

Desde el 4 de febrero de 2013 el Hospital funciona en un nuevo y moderno edificio construido con el apoyo del Gobierno Nacional, está ubicado en la parroquia González Suárez, en la avenida San Francisco, entre las calles Gustavo Becker y García Lorca. Se encuentra bajo la administración de la Zona de Salud N° 1, siendo un hospital de referencia regional. (10).

En el año 2014 el Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán dio inicio al proceso de acreditación, mediante el cual se evalúa la competencia y eficacia de una entidad que realiza actividades en salud, la ubicación geográfica del hospital le permite disponer de un ambiente físico, saludable (10).

MISIÓN

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las Políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red en el marco de justicia y equidad social (11).

VISIÓN

Ser reconocidos por la ciudadanía como hospitales accesibles que prestan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente (11).

El Hospital Luis Gabriel Dávila cuenta con servicios como: Central de Esterilización, Farmacia, Nutrición, Rehabilitación Física que incluye una piscina y gimnasio, Laboratorio, Banco de sangre, Imagenología, Área Administrativa, Auditorio.

Consulta Externa: brinda servicio de atención al usuario en las especialidades de Pediatría, Neonatología, Ginecología, Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía, Traumatología. Ortopedia y Cirugía Maxilofacial, Oftalmología, Otorrinolaringología y psiquiatría.

Centro Quirúrgico: el departamento quirúrgico está diseñado para brindar un entorno seguro y eficiente para los pacientes y el personal, se realizan intervenciones de alta complejidad en especialidades de urología, ginecología, traumatología, oftalmología y odontología; cuenta con área de entrega y recepción del paciente, sala pre anestésica, unidad de recuperación pos anestésica y cuatro quirófanos que se subdividen en; 1 para traumatología y 3 polivalentes.

2.3.Marco Conceptual

2.3.1. Prácticas Quirúrgicas Seguras

Es un tipo de proceso o estructura donde cuya aplicación reduce la probabilidad de eventos adversos asociados a la atención de salud, que se apoyan en la mejor evidencia científica disponible y que procura prevenir, minimizar o eliminar el riesgo asociado a la práctica clínica (12).

- **Seguridad del Paciente:** Es el conjunto de procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos”. Ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos en la atención médica, ésta se garantiza con servicios oportunos y satisfactorios (13).

2.3.2. Cirugía segura

Con el fin de reducir los eventos adversos evitables, el listado de verificación de los procedimientos quirúrgicos es una herramienta útil para dar seguridad a las intervenciones planteadas en la atención sanitaria en todo el mundo. Es frecuente la aparición de complicaciones asociadas a la cirugía y a menudo puede ser prevenible hasta en un 50% de los casos; para ayudar a los equipos quirúrgicos, se creó el programa de prácticas quirúrgicas seguras propuesto por la Organización Mundial de la Salud (14).

- **Lista de Verificación de Cirugía Segura**

Es una herramienta para reducir los errores y asegurar la consistencia y exhaustividad en la realización de una tarea, su uso está altamente extendido en trabajos de alto riesgo; para minimizar la ocurrencia de acontecimientos raros e impredecibles (15).

El departamento de Seguridad del Paciente de la OMS creó el programa La Cirugía Segura Salva Vidas para abordar importantes cuestiones de seguridad, como las inadecuadas prácticas anestésicas, las infecciones quirúrgicas evitables y la escasa comunicación entre el equipo quirúrgico. Se ha comprobado que estos son problemas habituales, que comprometen la salud del paciente y podrían evitarse en todos los países y entornos (16).

2.3.3. Objetivos de la cirugía segura Organización Mundial de la Salud

- **Prevención de infecciones de la herida quirúrgica**

La infección de la herida quirúrgica es una de las causas más frecuentes de complicaciones quirúrgicas graves, sin embargo existen medidas de prevención como la profilaxis antibiótica en la hora anterior a la incisión o la esterilización efectiva del instrumental, todo esto para dar una seguridad antes, durante y después de la intervención quirúrgica evitando daños posteriores a la integridad del paciente (17).

- **Seguridad de la anestesia**

Las complicaciones anestésicas siguen siendo una causa importante de muerte operatoria en todo el mundo, la tasa de mortalidad asociada a la anestesia en los países en desarrollo parece ser 100-1000 veces mayor, lo que indica una falta grave y persistente de seguridad de la anestesia en este entorno. A pesar de las normas de seguridad que han reducido significativamente el número de discapacidades y muertes evitables en los países desarrollados los servicios de anestesia son un componente vital

en los cuidados básicos de la salud , los especialistas de anestesia deben ser entrenados dentro de la medicina y acreditados con autonomía crítica y administrativa (17).

- **Equipos quirúrgicos seguros**

El trabajo en equipo es un componente esencial de una práctica segura, la calidad del trabajo en equipo depende de la cultura y de su forma de comunicarse, así como de la aptitud clínica de sus miembros y de su apreciación de la situación. La mejora de las características del equipo debería facilitar la comunicación y reducir el daño al paciente (17).

- **Medición de los servicios quirúrgicos**

Un gran problema para la seguridad de la cirugía ha sido la escasez de datos básicos. Los esfuerzos por reducir la mortalidad materna y neonatal durante el parto se han basado fundamentalmente en las tasas de mortalidad registradas mediante la vigilancia sistemática y en los sistemas de atención obstétrica para evaluar los éxitos y los fracasos. Por lo general, no se ha llevado a cabo una vigilancia similar de la atención quirúrgica. Sólo existen datos sobre el volumen quirúrgico de una minoría de países y no están normalizados. Si se quiere que los sistemas de salud públicos garanticen el avance en materia de seguridad de la cirugía debe ponerse en funcionamiento una vigilancia sistemática que permita evaluar y medir los servicios quirúrgicos (17).

2.3.4. Principios de la lista de verificación de la OMS

- **Simplicidad**

Una lista íntegra de normas y directrices podría mejorar la seguridad del paciente, pero la exhaustividad dificultaría su uso y difusión, y probablemente se encontrara con una resistencia considerable, sin embargo la simplicidad de este contexto no es

insignificante ya que las medidas poco complicadas son las más fáciles de establecer y pueden tener efectos profundos en el entorno (18).

- **Amplitud de aplicación**

Centrarse en un entorno concreto con determinados recursos habría cambiado el tipo de cuestiones debatidas (p. ej., los requisitos mínimos de equipamiento en entornos con escasos recursos). Sin embargo, el objetivo del reto es abarcar todos los ambientes y entornos, desde los más ricos hasta los más pobres en recursos. Además, en todos los entornos y ambientes se producen fallos regulares que pueden atajarse con soluciones comunes (18).

- **Mensurabilidad**

Un elemento clave del segundo reto es la medición del impacto. Deben seleccionarse instrumentos de medida significativos, aunque sólo se refieran a procesos indirectos, y que sean aceptables y cuantificables por los profesionales en cualquier contexto (18).

**2.3.5. Momentos de aplicación de la lista de verificación de cirugía segura
OMS**

En los establecimientos de salud que realicen intervenciones quirúrgicas, se aplicará Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS), en la misma se reflejarán los tres momentos:

- **Preparación del paciente**

Se le debe informar al paciente acerca de las medidas que garantizan la seguridad en el quirófano y se procede a realizar las preguntas formuladas en la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

- ENTRADA

Estos controles de seguridad deben llevarse a cabo, antes de la inducción de la anestesia para confirmar la seguridad del procedimiento (19).

¿El paciente ha confirmado su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?

El Coordinador confirmará verbalmente con el paciente su identidad, el tipo de procedimiento previsto y la localización de la cirugía. A pesar que puede resultar reiterativo, este paso es una parte esencial del proceso para asegurar que el equipo no interviene a un paciente equivocado, en una localización incorrecta o con un procedimiento erróneo. Es recomendable verificar los datos del paciente como identidad y número de cédula, historia clínica, fecha de nacimiento; el número de cama no se considera como dato válido para identificar al paciente (20).

- Recepción del paciente
- Identificación del personal de salud
- Confirmar verbalmente la identidad del paciente,
- Tipo de intervención prevista
- El lugar anatómico de la intervención
- El consentimiento del paciente para su realización.
- Monitorización de los signos vitales

¿Se ha demarcado el sitio quirúrgico?

El Coordinador de la lista, debe confirmar que el cirujano que va a realizar la operación ha marcado el sitio quirúrgico (por lo general con un rotulador) en los casos que impliquen lateralidad (distinción entre izquierda y derecha) o múltiples estructuras o niveles (p. ej. un dedo, una lesión cutánea o una vértebra en concreto) (20).

¿Se ha completado la comprobación del instrumental anestésico y la medicación anestésica?

El anestesista confirma que se ha realizado un control de la seguridad de la anestesia, además inspecciona el equipo de intubación y aspiración de la vía aérea, el sistema de ventilación (incluidos el oxígeno y los fármacos inhalados), la succión y los fármacos, dispositivos y equipos de urgencia para cerciorarse que todo esté disponible y en buenas condiciones de funcionamiento (20).

¿Se ha colocado el pulsioxímetro y funciona?

Se confirmará que al paciente se le haya colocado antes de la inducción de la anestesia un pulsioxímetro que funcione correctamente. Lo ideal es que la lectura del dispositivo sea visible para el equipo quirúrgico. Debe utilizarse un sistema de señal sonora que alerte del pulso y la saturación de oxígeno (20).

¿Tiene el paciente alergias conocidas?

Se le preguntará si el paciente tiene alergias conocidas o algún familiar en tal caso que el paciente no sepa responder y, si es así, ¿cuáles? Esto ha de hacerse incluso si se conoce la respuesta, a fin de confirmar que el anesestesiólogo está enterado de cualquier alergia que ponga en riesgo al paciente (20).

¿Tiene el paciente vía aérea difícil / riesgo de aspiración?

Debe confirmar verbalmente que el equipo de anestesia ha valorado de forma objetiva, si el paciente presenta algún problema en la vía aérea que pueda dificultar la intubación. Como parte de la evaluación de la vía aérea, también debe examinarse el riesgo de aspiración. Si el paciente padece reflujo activo sintomático o tiene el estómago lleno, el anestesista debe prepararse para una posible aspiración (20).

¿Tiene el paciente riesgo de hemorragia >500 ml (7 ml/kg en niños)?

Debe preguntar al equipo de anestesia, si el paciente corre el riesgo de perder más de medio litro de sangre en la operación, con el fin de garantizar que se reconoce esta posible complicación crítica y se está preparado para hacerle frente. Si existiera un riesgo de hemorragia superior a 500 ml, se recomienda vivamente que antes de la incisión cutánea se coloquen al menos dos líneas intravenosas de gran calibre o un catéter venoso central (20).

- PAUSA QUIRÚRGICA

Antes de proceder a la primera incisión, el equipo debe realizar controles de seguridad esencial para confirmar el sitio quirúrgico.

¿Se ha confirmado que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función?

Debe pedir a cada una de las personas en el quirófano que se presente por su nombre y función. Los equipos que ya se conozcan pueden confirmar que todos se conocen, pero los nuevos miembros o las personas que hayan entrado en el quirófano después de la última operación, entre ellos los estudiantes y otro tipo de personal, deben presentarse personalmente (20).

¿Se ha confirmado la identidad del paciente, el procedimiento y el sitio donde se realizará la incisión?

Debe pedir a los presentes que se detengan y confirmen verbalmente el nombre del paciente, el tipo de intervención que va a realizarse, su localización anatómica; y, si procede, la posición del paciente para evitar operar al paciente o el sitio equivocados.

¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?

- **Profilaxis quirúrgica:** Se puede definir como la administración de antimicrobianos a pacientes sin evidencia de infección, con el objeto de reducir las complicaciones infecciosas que puedan presentarse en el postoperatorio (20).
- **Momento de la administración:** La finalidad de la profilaxis es lograr unos niveles tisulares elevados, por lo tanto se debe de administrar durante el período preoperatorio; el momento más adecuado es el preoperatorio inmediato, media hora antes de la incisión inicial, que suele coincidir con el período de inducción de la anestesia (20).
- **Número de dosis y duración de la profilaxis:** Una sola dosis de antibiótico en el preoperatorio inmediato. El antimicrobiano debe cubrir el período preoperatorio y un tiempo que no debe ir más allá de las 4 horas postoperatorias, tiempo que es considerado crítico a efectos de la infección de la herida quirúrgica (20).
- **Profilaxis de trombo embolismo venoso:** el trombo embolismo venoso es el término para trombosis venosa profunda y embolia pulmonar, es una complicación grave, las mismas que pueden aparecer secundariamente a una intervención quirúrgica o una enfermedad médica durante el ingreso hospitalario, complicando la evolución del paciente.

Las medidas profilácticas en pacientes con factores de riesgo son la profilaxis de medicamentos dentro de las 48 horas, mitigar el dolor relacionado con el edema tisular y obstrucción del flujo sanguíneo y mantener elevada la zona afectada en posición trendelemburg, además de educar al paciente sobre la importancia de la administración de los medicamentos prescritos , el uso de medidas anti embólicas o vendas elásticas vigilando signos de hemorragia y mantener el reposo adecuado (21).

Cirujano: ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados? ¿Cuánto durará la operación? ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?

El objetivo mínimo de hablar sobre los “pasos críticos o no sistematizados”, es informar a todos los miembros del equipo de cualquier actuación que ponga al paciente en riesgo por hemorragia rápida, lesión u otra morbilidad importante.

Anestesiólogo: ¿Presenta el paciente algún problema específico?

En pacientes en los que el procedimiento entrañe riesgo de hemorragia intensa, inestabilidad hemodinámica u otra morbilidad importante, un miembro del equipo de anestesia debe revisar en voz alta los planes y problemas específicos de la reanimación. Muchas intervenciones no entrañan riesgos o problemas particularmente críticos que deban ser compartidos con el equipo. En tales casos, el anestesista puede decir simplemente: “Este paciente no presenta problemas especiales” (20).

Equipo de enfermería: ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)? ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?

El personal instrumentista, el personal que prepara el instrumental y el equipo necesario para la operación, debe confirmar verbalmente que se han esterilizado y que, en el caso del instrumental esterilizado por calor, se han verificado los indicadores de esterilidad (20).

¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?

Se preguntará al cirujano si el caso requiere algún estudio de imagen. De ser así, el Coordinador debe confirmar verbalmente que dichas imágenes están en el quirófano y en lugar bien visible para que puedan utilizarse durante la operación.

- **SALIDA**

Estos controles de seguridad han de efectuarse antes de que el paciente salga del quirófano. El objetivo es facilitar el traspaso de información importante a los equipos de atención responsables del paciente tras la operación.

El personal de enfermería confirma verbalmente:

Dado que el procedimiento puede haberse modificado o ampliado en el curso de la operación, el Coordinador de la lista debe confirmar con el cirujano y el resto del equipo, el procedimiento exacto que se haya realizado.

- **El recuento de instrumentos, gasas y agujas:**

El personal de enfermería circulante y el instrumentista, debe confirmar verbalmente la exactitud del recuento final de gasas y agujas. En caso de que se haya abierto una cavidad también deberá confirmarse el recuento exacto del instrumental, si los recuentos no concuerdan, se alertará al equipo para que se puedan tomar las medidas adecuadas (como examinar los paños quirúrgicos, la basura y la herida o, si fuera necesario, obtener imágenes radiográficas) (20).

El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, con nombre del paciente), el personal de enfermería circulante, debe confirmar el correcto etiquetado de toda muestra anatómico-patológica obtenida durante la intervención, mediante la lectura en voz alta del nombre del paciente, la descripción de la muestra y cualquier detalle orientativo (20).

Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos, el Coordinador de la lista, deben certificar que se identifiquen los problemas relacionados con el instrumental y los equipos que hayan surgido durante la intervención.

- **Principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente:**

El cirujano, el anestesista y el personal de enfermería, deben revisar el plan de tratamiento y recuperación posoperatorio, centrándose en las cuestiones intraoperatorias o anestésicas que pudieran afectar al paciente.

2.3.6. Consentimiento Informado

Es un proceso de comunicación y deliberación, que forma parte de la relación de un profesional de salud y un paciente capaz, por el cual una persona autónoma, de forma voluntaria, acepta, niega o revoca una intervención de salud. En caso de menores de edad o personas incapaces quien otorgue el consentimiento será su representante legal. El consentimiento informado se aplicará en procedimientos diagnósticos, terapéuticos o preventivos luego de que el profesional de la salud explique al paciente en qué consiste el procedimiento, los riesgos, beneficios, alternativas a la intervención, de existir éstas, y las posibles consecuencias derivadas si no se interviene (22).

En el caso de procedimientos de salud de riesgo mayor el consentimiento informado debe ser expresado por escrito, por el paciente o su representante legal, en el formulario establecido debidamente firmado que será parte de la historia clínica, conforme a lo establecido en el “Modelo de Gestión de la Aplicación del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial” (22).

2.3.7. Áreas en Centro Quirúrgico

- **Área negra.** - es una zona verdaderamente restringida donde se revisan las condiciones de la intervención y presentación de los pacientes; se realiza todo el trabajo administrativo relacionado y el personal dispone de instalaciones para vestirse con ropa especial de uso de quirófanos.
- **Área gris.** - es la zona limpia y sus anexos son la central de equipos y esterilización, central de anestesia, sala de inducción de la anestesia y equipos portátiles.

- **Área blanca.** - es la zona estéril propiamente dicha donde se encuentra el quirófano.

Estas áreas deben estar bien comunicadas con el servicio de esterilización, radiología, anatomía patológica y laboratorio (23).

2.3.8. Actividades para reducir el daño al paciente

Para llevar a cabo una intervención quirúrgica segura se requiere de la correcta una preparación del quirófano, personal de salud profesional y capacitado, adecuados métodos de desinfección y esterilización y determinadas precauciones de seguridad que deben tomarse, para que la sala de operaciones se convierta en un medio seguro para el enfermo, logrando reducir eventos adversos en el paciente quirúrgico.

- **Equipamiento de quirófano.** - cumplir con el material necesario para cada intervención quirúrgica prevista; es importante mantener el orden y seguridad del material a utilizar, el equipamiento mínimo del quirófano es:

Contar con una mesa de operaciones con accesorios completos que permita adoptar las más variadas posiciones con rapidez y seguridad, una mesa de instrumentación, mesas accesorias con sistema de regulación de altura, una mesa de anestesia completa con equipo de reanimación, aparato de anestesia con filtros anti polución, humidificadores y con respirador incorporado o independiente.

También contar con un monitor electrocardiográfico, aspirador, tomas de pared de oxígeno y de vacío, conectadas permanentemente al aparato de anestesia y al aspirador, conexiones eléctricas, sistema general de iluminación sobre el campo operatorio, armario de fácil acceso para reponer material.

- **Equipo de trabajo.** - cuando un paciente se somete a una cirugía, un equipo constituido por miembros del personal médico asiste al cirujano durante el

procedimiento; la mayoría de los equipos incluyen al siguiente personal médico:

El Cirujano debe desarrollar y ejercitar su criterio, lo que permitirá tomar decisiones rápidas y seguras en los momentos necesarios o situaciones imprevistas.

El ayudante tiene una participación activa, ayudando en acciones para facilitar la acción al cirujano, tratando de simplificar las maniobras del mismo.

El/a instrumentista debe realizar un trabajo correcto y eficiente, da mayor velocidad y orden al trabajo del cirujano, participa desde el inicio hasta el final de la cirugía entregando al paciente a sala de recuperación.

El/a circulante es encargada de preparar lo necesario para la cirugía, asiste al anestesista y la instrumentista.

El anestesista es el responsable de colocar anestesia al paciente y dar la orden para el comienzo de la cirugía, monitorea permanentemente al paciente.

- **Comunicación profesional.** - la comunicación y el trabajo en equipo son elementos fundamentales en la cultura de la seguridad. Esto es importante dentro de las organizaciones de salud para la identificación de riesgos e implementación de procesos y el trabajo en equipo, adaptando un conocimiento de seguridad para proteger a los pacientes y reducir los errores en la atención médica.

2.3.9. Rol de Enfermería en el uso de la lista de verificación de cirugía segura

La Enfermera circulante se encarga de coordinar todo el acto quirúrgico para que se realice con normalidad, anticipándose a las necesidades de material e instrumental, así como en los problemas que puedan surgir. Es la encargada de llevar a cabo el llenado de la lista de verificación de cirugía segura dentro de las tres etapas que lo conforman; también del llenado y verificación del conteo de material conjuntamente con la enfermera instrumentista; la misma que será encargada de la revisión del instrumental y su correcto funcionamiento para evitar contratiempos en la intervención quirúrgica,

al finalizar el procedimiento debe realizar el conteo del material blanco y del instrumental quirúrgico (24).

2.3.10. Eventos Adversos evitables con la creación de la cirugía segura

- **Cirugía en sitio erróneo.** - engloba aquella cirugía que se realiza en el lado erróneo, en un paciente erróneo o cuando se realiza un procedimiento distinto al planificado. Esto es una complicación frecuente en la vida profesional de un cirujano siendo la cirugía ortopédica la especialidad con mayor riesgo, esto ha aumentado la desconfianza en el sistema sanitario y tiene consecuencias legales para el equipo de salud. En la actualidad hay protocolos entre ellos la lista de verificación de cirugía segura que consiste básicamente en comprobar datos del paciente, marcar la zona que se va a operar y realizar un tiempo de pausa para una comprobación antes, durante y después de la cirugía (25).
- **Conteo inadecuado del material quirúrgico.** - Es responsabilidad del personal que labora con ellos, custodiar, mantener y asegurar el buen uso del instrumental y así incrementar su promedio de vida. El descuido, el uso inadecuado y la falta de mantenimiento, puede obstaculizar y quizá llevar hasta el fracaso los procedimientos quirúrgicos y, en su defecto, una pérdida económica considerable para el hospital (26).
- **Olvido de material en el campo quirúrgico.** - Para asegurarse de que inadvertidamente no se deje material quirúrgico dentro del paciente, cada instrumento, gasa, apósito y/o compresas deberán ser contados antes y después. Dos enfermeras contarán por separado, manualmente, una por una, a viva voz, verificando entre ellas sus cuentas. Este doble conteo deberá realizarse antes y después del cierre de la pared abdominal (27).

2.3.11. Ventajas de la implementación de la lista de verificación de cirugía segura

- **Calidad y atención en salud.-** la implementación de la cirugía segura es una herramienta que ayuda a mejorar la calidad de atención al usuario, ya que está vinculado a la satisfacción de las necesidades y exigencias del paciente individual, de su entorno familiar y de la sociedad con una totalidad cuyo objetivo es lograr niveles de excelencia eliminando errores y mejorando el rendimiento institucional (28).
- **Seguridad del paciente.-** a nivel mundial la OMS creó la iniciativa de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente para mejorar el estado general del usuario en los servicios de salud, esto es un derecho del mismo en donde engloba actuaciones dirigidas a eliminar, reducir o mitigar los eventos adversos producidos como consecuencia de la asistencia sanitaria (29).

2.3.12. Teoría de Hildegard Peplau

La calidad del cuidado de Enfermería está orientada a satisfacer las necesidades en forma integral en el ser humano. Se estima que hay insatisfacción por falta de calidad en el cuidado en aproximadamente 50% de pacientes. La interacción enfermera-paciente es uno de los aspectos más sensibles del cuidado que suelen ser determinantes en la percepción positiva o negativa de la atención de Enfermería en la hospitalización. Las afirmaciones teóricas de la naturaleza de la profesión de Enfermería sostienen que para que el cuidado sea de calidad es necesario brindarlo dentro de una efectiva interacción (30).

La teoría de Hildegard Peplau basa su práctica en el cuidado de la persona, el establecimiento y mantenimiento de una relación Enfermera – Paciente; esta teoría permite brindar una atención personalizada y de sentido humanitario al paciente quirúrgico, considerándolo como un ser biopsicosocial que está en desarrollo constante, es así que, a través de las relaciones interpersonales se comprenderá la

situación de estado del paciente y se transformará la ansiedad en energía positiva que le permita responder a sus necesidades.

Hidlegard Peplau describe cuatro fases en la relación Enfermera – Paciente:

- **Orientación:** En esta fase se marca la relación de la enfermera – paciente, el individuo experimenta una necesidad sentida y busca asistencia profesional. Se inicia desde el momento que el paciente ingresa al servicio de centro quirúrgico y la enfermera se presenta poniéndose a disposición de él para brindar una buena atención y ayudarlo emocionalmente, a reconocer y comprender el problema e identificar sus necesidades (31).
- **Identificación:** En esta fase el paciente se identifica con la enfermera que le brinda ayuda y establece una relación. La enfermera facilita la explicación de preguntas, dudas, emociones para ayudar al paciente a sobrellevar el proceso quirúrgico, reforzando sus mecanismos de adaptación, aceptación y le proporcione satisfacción (31).
- **Aprovechamiento:** En esta fase el paciente trata de extraer el mayor beneficio de lo que se le ofrece a través de la relación enfermera – paciente. La enfermera ya logró la confianza del paciente quirúrgico, quien sabe cuáles son sus funciones en sala de operaciones. La enfermera usa su confianza para incentivar la independencia del paciente buscando soluciones y fomentar el autocuidado en el postoperatorio del paciente quirúrgico (31).
- **Resolución:** Esta fase se caracteriza por abandonar en forma gradual los antiguos objetivos y se producen nuevos objetivos, en este proceso el paciente se libera de la identificación con la enfermera. El paciente es autosuficiente, tiene conocimientos y está informado sobre la intervención quirúrgica que se le realizó (31).

El paciente de cirugía requiere cuidados que compensen las limitaciones y estimulen su respuesta al daño, necesita cuidados que le den poder y confianza para afrontar los acontecimientos que significan una intervención quirúrgica. Durante el proceso de la interacción la profesional tiene la oportunidad de cumplir objetivos mediante herramientas de cuidado esenciales para dar seguridad, proteger la salud física y psicológica, evitar complicaciones para el paciente. Es así que comportamientos de cuidado que generen empatía, confianza, empoderamiento, socialización, mediante acciones de comunicación, orientación, información, educación al paciente son indispensables para lograr la calidad (30).

2.4. Marco Legal y Ético

2.4.1. Marco Legal

La investigación se sustentará en la Constitución de la República del Ecuador 2008, Ley Orgánica de la Salud, Plan Nacional de Desarrollo 2017 - 2021, Ley de la Mala Práctica Médica.

- Constitución de la República del Ecuador 2008

La Constitución de la República del Ecuador Reformada en el año 2008, dispone que el Ecuador es un Estado Constitucional de derechos y justicia, que mediante la ejecución de las reformas institucionales y legales se da cumplimiento a los artículos dispuestos con el fin de alcanzar el buen vivir (32):

Sección séptima

Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el

trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

- Ley Orgánica de Salud

La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República (33):

Que la Constitución Política de la República en su artículo 23 numeral 20 dispone que: El Estado reconoce y garantiza a las personas el derecho a una calidad de vida que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, saneamiento ambiental.

Que la disposición general segunda de la Ley Orgánica de Salud, establece que el Presidente de la República, deberá expedir el reglamento que norme su contenido; y en ejercicio de las facultades previstas en el numeral 5 del artículo 171 de la Constitución Política de la República.

Decreta:

Expedir el Reglamento a la Ley Orgánica de Salud.

De Las Acciones De Salud

Art. 1.- Las áreas de salud en coordinación con los gobiernos seccionales autónomos impulsarán acciones de promoción de la salud en el ámbito de su territorio, orientadas a la creación de espacios saludables, tales como escuelas, comunidades, municipios y entornos saludables. Todas estas acciones requieren de la participación interinstitucional, intersectorial y de la población en general y están dirigidas a alcanzar una cultura por la salud y la vida que implica obligatoriedad de acciones individuales y colectivas con mecanismos eficaces como la veeduría ciudadana y rendición de cuentas, entre otros.

- Plan Nacional de Desarrollo 2017 – 2021 Toda una Vida

Mediante el Plan Nacional de Desarrollo el Estado organiza un sistema democrático del desarrollo nacional tanto económico, político, social, cultural donde intervienen ejes, políticas y objetivos (34):

Objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas:

El garantizar una vida digna en igualdad de oportunidades para las personas es una forma particular de asumir el papel del Estado para lograr el desarrollo; este es el principal responsable de proporcionar a todas las personas –individuales y colectivas–, las mismas condiciones y oportunidades para alcanzar sus objetivos a lo largo del ciclo de vida, prestando servicios de tal modo que las personas y organizaciones dejen de ser simples beneficiarias para ser sujetos que se apropian, exigen y ejercen sus derechos.

Se ha decidido construir una sociedad que respeta, protege y ejerce sus derechos en todas las dimensiones, para, en consecuencia, erigir un sistema socialmente justo y asegurar una vida digna de manera que las personas, independientemente del grupo o la clase social a la que pertenezcan, logren satisfacer sus necesidades básicas, tales como: la posibilidad de dormir bajo techo y alimentarse todos los días, acceder al sistema educativo, de salud, seguridad, empleo, entre otras cuestiones consideradas imprescindibles para que un ser humano pueda subsistir y desarrollarse física y psicológicamente, en autonomía, igualdad y libertad.

La Constitución de 2008 dio un paso significativo al definir al Ecuador como un Estado constitucional de derechos y justicia (CE, 2008, art. 1). Es así que el art. 66 núm. 2 de la Constitución señala que el Estado reconoce y garantiza a las personas el derecho a “una vida digna, que asegure la salud, alimentación, nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios”. La garantía en la igualdad de oportunidades para todas las personas va mucho más allá de la simple provisión de servicios; significa luchar contra la pobreza, la inequidad y la violencia, promoviendo un desarrollo sustentable, la redistribución equitativa de los recursos y la riqueza, y la realización plena de los derechos humanos.

Para ello, la Constitución estableció la creación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, como el conjunto articulado y coordinado de sistemas, instituciones, políticas, normas, programas y servicios que aseguran el ejercicio, garantía y exigibilidad de los derechos y el cumplimiento de los objetivos del régimen de desarrollo (CE, 2008, art. 340). Es necesario que este sistema genere condiciones para la protección integral de los habitantes a lo largo

de sus vidas, observando los derechos y principios establecidos en la Constitución; particularmente, la igualdad en la diversidad y la no discriminación.

- Código Orgánico Integral Penal (COIP)

Se basa a la mala práctica profesional que pueda causar la muerte en un paciente, por lo que se sanciona con pena privativa; la COIP dispone del artículo 146 y 23 donde menciona (35):

Artículo 146 del Código Orgánico Integral Penal (COIP) vinculado al homicidio culposo por mala práctica médica dice:

"La personas que, al infringir un deber objetivo de cuidado en el ejercicio o práctica de su profesión, ocasione la muerte de otra, será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años. Además, será inhabilitada para el ejercicio de su profesión por un tiempo igual a la mitad de la condena. El proceso de habilitación para volver a ejercer la profesión, luego de cumplida la pena, será determinado por la Ley.

Para la determinación de la infracción del deber objetivo de cuidado se tomarán en cuenta protocolos, guías, reglamentos o normas técnicas nacionales o internacionales a cada profesión, si existen; así como las condiciones o circunstancias particulares en que se ejerció o practicó la profesión".

Normas De Seguridad Sistema De Calidad Usuario Interno Y Externo
Art 23.- Dispone que el Estado reconoce y garantiza a las personas el derecho a una calidad de vida que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, saneamiento ambiental; que la disposición general segunda de la Ley Orgánica de Salud, establece que el Presidente de la República, deberá expedir el reglamento que norme

su contenido; y en ejercicio de las facultades previstas en el numeral 5 del artículo 171 de la Constitución Política de la República.

2.4.2. Marco Ético

- Ley de Derechos y Amparo del Paciente

Estos derechos pueden ejercerse dentro de un marco ético que precautela la inmediata atención de las personas en casos de emergencias en los servicios de salud (36):

***Art. 2.- Derecho a una atención digna.** - Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.*

***Art. 3.- Derecho a no ser discriminado.** - Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.*

***Art. 4.- Derecho a la confidencialidad.** - Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.*

***Art. 5.- Derecho a la información.**- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a lo que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado*

para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúense las situaciones de emergencia. El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento.

Art. 6.- Derecho a decidir. - *Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.*

- **Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería**

El Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética (37):

- *La enfermera y las personas*

La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería. Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad. La enfermera se cerciorará de que la persona reciba información precisa, suficiente y oportuna, de manera culturalmente adecuada, en la cual fundamentará el consentimiento de los cuidados y el tratamiento correspondiente.

La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla. La enfermera compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del

público, en particular las de las poblaciones vulnerables. La enfermera defenderá la equidad y la justicia social en la distribución de los recursos, en el acceso a los cuidados de salud y en los demás servicios sociales y económicos. La enfermera demostrará valores profesionales tales como el respeto, la disponibilidad, la compasión, la confianza y la integridad.

- La enfermera y la práctica

La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua. La enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados. La enfermera juzgará la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad. La enfermera observará en todo momento normas de conducta personal que honren a la profesión y fomenten su imagen y la confianza del público.

Al dispensar los cuidados, la enfermera se cerciorará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas. La enfermera tratará de fomentar y mantener una cultura de la práctica profesional que favorezca el comportamiento ético y el diálogo abierto.

- La enfermera y la profesión

A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería. La enfermera contribuirá activamente al

desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación, que favorezca la práctica basada en pruebas.

La enfermera participará en el desarrollo y en el sostenimiento de un conjunto de valores profesionales actuando a través de la organización profesional, participará en la creación de un entorno favorable de la práctica y en el mantenimiento de condiciones de trabajo en la enfermería que sean seguras, equitativas social y económicamente.

- *La enfermera y sus compañeros de trabajo*

La enfermera mantendrá una relación respetuosa de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores. La enfermera adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas, familias y comunidades cuando un compañero u otra persona pongan en peligro su salud. La enfermera actuará adecuadamente para prestar apoyo y orientar a las personas con las que trabaja, para fortalecer el comportamiento ético.

- **Declaración de Helsinki**

La Declaración de Helsinki se aplica por medio de normas, códigos, aclaraciones que perfilan los temas de ética biomédica que se refieren a las relaciones de los médicos y sus pacientes (38):

- **Principios generales**

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma

que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

- Riesgos, Costos y Beneficios

En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.

Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga.

Los médicos no deben involucrarse en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria.

- **Consentimiento Informado**

- La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

- En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación.

- **Código Ético de la Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros**

La Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros es una organización gremial donde ejercen su profesión a nivel público y privado, en diversos ámbitos relacionados con el quehacer en salud (39).

Promueve la integración de los Profesionales de Enfermería en un espacio organizativo de defensa de los Derechos Humanos y laborales.

Trabaja por el mejoramiento de la calidad de vida de las condiciones laborales, de remuneración y el desarrollo Profesional Humano.

Legaliza y certifica el ejercicio profesional y es responsable de la calidad de ejercicio profesional.

Contribuye con elementos de análisis de la problemática socio – económica y política nacional, regional y mundial que inciden en la situación de salud de la población, en la oferta de servicios y su trascendencia en la vida gremial y profesional.

Facilita la capacitación en áreas de conocimiento técnico y científico con la finalidad de proveer de nuestras herramientas que permitan a nuestros federados acceder a nuevos espacios laborales de mayor jerarquía y mejor remuneración.

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Diseño de la Investigación

Cuantitativa; la investigación es cuantitativa ya que sus variables se miden mediante la aplicación de una encuesta para evaluar el conocimiento acerca del tema de investigación, y los resultados se puede representar numéricamente.

Cualitativa; la investigación es cualitativa ya que se identificará mediante la observación participante, el nivel de aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura por parte de la población de estudio.

No experimental; En la investigación no se manipulará variables, es decir que el objeto de estudio es observado en su ambiente natural sin alterarlo.

3.2. Tipo de Investigación

Descriptiva; es la representación por medio de palabras las características de fenómenos, hechos, cosas o personas, dentro de la investigación se caracterizará socio demográficamente a la población de estudio.

Observacional; hará posible obtener la información tal y como ocurre, también nos permitirá conocer formas de conducta, comportamiento e identificar características del personal de salud en la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura para registrarlas mediante un instrumento de recolección de datos.

Documental; con el propósito de indagar, profundizar y alcanzar la información requerida de estudio en diferentes documentos normativos, bibliografías y otros referentes acerca del tema de investigación.

Transversal; nos ayudará a medir una o más características en un tiempo determinado y por una sola ocasión.

3.3.Localización y ubicación de estudio

La investigación se realizará en Centro Quirúrgico del Hospital Luis Gabriel Dávila ubicado en la ciudad de Tulcán al norte del país, en la Avenida San Francisco; es una entidad pública que presta servicios de atención integral de salud.

3.4.Población y universo

Profesionales de salud que laboran en el Hospital Luis Gabriel Dávila

3.4.1. Muestra

Todos los profesionales de salud que laboran en Centro Quirúrgico del Hospital Luis Gabriel Dávila que está conformado por 10 Médicos Cirujanos, 8 Anestesiólogos, 4 Médicos Residentes, 13 Enfermeras, 6 Internos de Medicina y 5 Internos de Enfermería dando un total de 46 profesionales.

3.4.2. Criterios de inclusión

Personal profesional de salud que labora en Centro Quirúrgico y que desee formar parte de la investigación previa firma de consentimiento informado.

3.4.3. Criterios de exclusión

Profesionales de salud que en el momento de aplicar el instrumento no se encuentren en la institución.

Profesionales de salud que no deseen formar parte de la investigación.

3.5. Operacionalización de variables

Objetivo: Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	TIPO DE VARIABLE
Características sociales y demográficas	Son el conjunto de características biológicas, socioeconómico, culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles (40)	Sexo biológico	Sexo	Masculino Femenino	Cualitativa Nominal
		Años cumplidos	Edad	20 - 60	Cuantitativa Intervalo
		Auto identificación	Etnia	Mestizo Indígena Afro ecuatoriano Otro	Cualitativa Nominal
		Nacionalidad	Lugar de procedencia	Tulcán Quito Otro	Cualitativa Nominal
		Período de trabajo	Tiempo de servicio	años 3-4 años 5-o más años	Cuantitativa Intervalo

		Nivel de instrucción	Título académico	Tercer nivel Maestría Especialidad Doctorado	Cualitativo Nominal
		Función que desempeña	Cargo establecido	Cirujano Anestesiólogo Médico residente Enfermeras Profesionales Internas de Enfermería Internos de Medicina	Cualitativa Nominal
		Inducción	Recibió inducción previo ingreso a la institución	Si No	Cualitativa Nominal
		Capacitación	Recibió capacitación sobre seguridad del paciente	Si No	Cualitativa Nominal

Objetivo: Identificar el grado de conocimiento del personal de salud que labora en Centro Quirúrgico sobre las pausas de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	TIPO DE VARIABLE
Grado de conocimiento del personal de salud	Proceso en el que el sujeto construye y reconstruye la realidad, pero también se supone que este proceso no solo transforma la realidad, la cual es el objeto de estudio, sino también el sujeto cognoscente se ve transformado en este proceso (41).	Lista de verificación de cirugía segura	Conoce el objetivo principal de la lista de verificación de cirugía segura	Conoce No conoce	Cualitativa Nominal
			Conoce que miembro del equipo quirúrgico es el más adecuado para la aplicación de la Lista de Verificación	Conoce No conoce	Cualitativa Nominal
		Entrada Antes de la inducción anestésica	Conoce sobre la confirmación de identidad, sitio quirúrgico, procedimiento y consentimiento informado del paciente.	Conoce No conoce	Cualitativa Nominal

			<p>Conoce acerca de la marcación del sitio quirúrgico.</p> <p>Conoce sobre la comprobación de la seguridad de la anestesia, colocación y funcionamiento del pulsioxímetro.</p> <p>Conoce acerca de vía aérea difícil y riesgo de hemorragia.</p>	<p>Conoce</p> <p>No conoce</p> <p>Conoce</p> <p>No conoce</p> <p>Conoce</p> <p>No conoce</p> <p>Conoce</p> <p>No conoce</p>	
		<p>Pausa Quirúrgica Antes de la incisión cutánea</p>	<p>Conoce acerca de la confirmación de nombre y función de todos los miembros del equipo.</p> <p>Conoce sobre la confirmación de</p>	<p>Conoce</p> <p>No conoce</p> <p>Conoce</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>

			la identidad, procedimiento y sintió quirúrgico del paciente por parte de los miembros del equipo.	No conoce	
			Conoce acerca de la previsión de eventos críticos por parte del cirujano, anestesista y enfermera.	Conoce No conoce	
			Conoce sobre la administración de profilaxis antibiótica.	Conoce No conoce	
		Salida	Conoce acerca de la confirmación verbal del enfermero en cuanto a procedimiento realizado, recuento de	Conoce No conoce	Cualitativa Nominal

		<p>Antes que el paciente salga del quirófano</p>	<p>instrumental, etiquetado de muestras y problemas relacionados con el instrumental.</p> <p>Conoce sobre la revisión de principales aspectos de la recuperación y tratamiento del paciente por parte del equipo.</p>	<p>Conoce</p> <p>No conoce</p>	
--	--	--	---	--------------------------------	--

Objetivo: Describir el cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el personal de salud que labora en Centro Quirúrgico.

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	TIPO DE VARIABLE
Cumplimiento del protocolo de cirugía segura	Herramienta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos (42)	Entrada Antes de la inducción anestésica	Consentimiento del paciente	Cumple No cumple	Cualitativa Nominal
			Marcado del sitio quirúrgico.	Cumple No cumple	
	Control del equipo de anestesia.		Cumple No cumple		
		Pulsioxímetro	Cumple No cumple		
		Pausa quirúrgica Antes de la incisión cutánea.	Alergias, vía área /riesgo de aspiración y riesgo de hemorragia.	Cumple No cumple	
	Confirmar miembros del equipo.		Cumple No cumple	Cualitativa	
			Confirmar identidad del paciente y sitio quirúrgico.	Cumple No cumple	Nominal

			Eventos críticos: Cirujano, Anestesiista y Enfermería	Cumple No cumple	
			Profilaxis antibiótica e imágenes diagnósticas.	Cumple No cumple	
		Salida Antes que el paciente salga de quirófano	Confirmación verbal de Enfermería: nombre del procedimiento, recuento de instrumentos, etiquetado de muestras.	Cumple No cumple	Cualitativa Nominal
			Aspectos de recuperación y tratamiento del paciente	Cumple No cumple	

3.6. Métodos de recolección de información

Los métodos para la recolección de información se realizaron; una encuesta y guía de observación basadas en la lista de verificación de cirugía segura donde se receptorán datos sobre conocimiento, comportamiento del personal, y que del trabajo realizado en Centro Quirúrgico del Hospital Luis Gabriel Dávila.

3.7. Técnica e Instrumentos

3.7.1. Técnica

Se utilizó como técnica la encuesta con preguntas de opción múltiple para determinar el conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

3.7.2. Instrumento

- **Guía de observación basado en la Lista de verificación de cirugía segura**

Es un instrumento utilizado para medir el cumplimiento de las pausas quirúrgicas que constan en la Lista de Verificación, se compone de diferentes parámetros los cuales se debe aplicar antes, durante y después de una intervención quirúrgica por parte del personal médico, anestesiología y enfermería. En la guía de observación se evaluó el desempeño del personal de salud de Centro Quirúrgico en la aplicación de los ítems descritos mediante una apreciación de cumplimiento o no cumplimiento de la misma.

3.8. Procesamiento de la información

La interpretación de los resultados de las encuestas se realizó mediante el programa qSPSS “Startical Product and Service Soutions” programa por el cual se obtuvo los resultados de estudio mediante tablas y gráficos.

CAPÍTULO IV

4. Análisis e Interpretación de Resultados

Tabla 1. Características sociodemográficas

VARIABLE	PORCENTAJE
SEXO	
Masculino	51%
Femenino	49%
EDAD	
20 – 30 años	28%
31 – 40 años	35%
42 – 50 años	23%
>50 años	14%
ETNIA	
Mestizo	98%
Blanco	2%
LUGAR DE PROCEDENCIA	
Tulcán	58%
Quito	28%
Otro	14%
TIEMPO DE SERVICIO	
1 - 2 años	47%
3 – 4 años	23%
>5 años	30%
TÍTULO ACADÉMICO	
Tercer Nivel	47%
Maestría	21%
Especialidad	30%
Doctorado PhD	2%
FUNCIÓN QUE DESEMPEÑA	
Anestesiólogo	14%
Cirujano	23%
Médico Residente	9%
Licenciadas en Enfermería	28%
Interno de Medicina	14%
Interno de Enfermería	12%
RECIBIÓ INDUCCIÓN PREVIO INGRESO A LA INSTITUCIÓN	
Si	72%
No	28%
RECIBIÓ CAPACITACIÓN SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
Si	91%
No	9%

Las variables sociodemográficas del equipo de salud que conforma Centro Quirúrgico, el 51 % son hombres, con edades comprendidas entre 31 y 40 años, se auto identificaron como mestizos, residentes en Tulcán. El tiempo de servicio que predomina es de 1 a 2 años, el 47% tiene título académico de tercer nivel mientras que el resto posee especialidad referente a cirujanos en un 30%, cabe mencionar que el mayor número de personal está conformado por enfermería, y en menos porcentaje corresponde al equipo médico (residentes, cirujanos, anestesiólogos e internos); mismos que afirman haber recibido una inducción y capacitación previa al ingreso a la institución, enfatizando en seguridad del paciente. En un estudio realizado en la Ciudad de México, el equipo quirúrgico, predominante fueron de sexo femenino en un 56%, con edad media de 39años. El 45,2% es profesional de enfermería y el resto pertenece al equipo clínico. El 60% tiene estudios de posgrado y son descendientes de la ciudad de México (43). La presente investigación en el nivel de instrucción del equipo quirúrgico en su mayoría es de tercer nivel a diferencia del estudio realizado en México, el personal de salud posee estudios de posgrado. El nivel de estudio depende del grado socioeconómico, cultural y del nivel de oportunidades que el sistema de educación brinde a la ciudadanía, se evidencia diferencias con el estudio realizado en México en los procesos de formación que no se han desarrollado en dominios que cumplan los logros esperados.

Tabla 2. Conocimiento del personal de Centro Quirúrgico sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura

¿Cuál es el objetivo principal de la lista de verificación de cirugía segura?	
	Porcentaje
Minimizar eventos adversos evitables que pueden poner en riesgo la vida y bienestar del paciente	100%
¿Qué miembro del equipo quirúrgico es más adecuado para la aplicación de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía?	
	Porcentaje
Profesional de Enfermería Circulante	51%
Profesional de Enfermería Instrumentista	5%
Cualquier profesional del equipo quirúrgico	44%

El objetivo principal de la Lista de Verificación de Cirugía segura se basa en minimizar eventos adversos evitables que ponen en riesgo la vida del paciente, dato que toda la población encuestada conoce. La mayoría del personal de salud de Centro Quirúrgico afirma que el profesional de Enfermería es el miembro del equipo quirúrgico más adecuado para la aplicación de la Lista de Verificación. En el manual de seguridad del paciente consta las prácticas quirúrgicas seguras donde menciona que el objetivo de la Lista de Verificación es mejorar la seguridad durante los procesos quirúrgicos, reduciendo el riesgo de error para los pacientes (44). La Organización Mundial de la Salud señala que el encargado de marcar las casillas de la Lista de Verificación podría ser cualquier clínico que participe en la operación (18). La cirugía es un componente esencial dentro de la asistencia sanitaria en todo el mundo, dado el aumento de complicaciones quirúrgicas se creó el manual de Cirugía Segura para mejorar la calidad y seguridad de los pacientes. El bienestar no es responsabilidad sólo por parte del cirujano, es compromiso de toda una serie de profesionales que trabajan en un sistema de salud. En cuanto al manejo de la Lista de Verificación, la OMS indica que, cualquier miembro del equipo quirúrgico puede ser el Coordinador de la misma, sin embargo, por lo general esta acción la realiza el profesional de Enfermería que cumple funciones de circulante.

Tabla 3. Conocimiento de la Lista de Verificación antes de la inducción anestésica

El Equipo Quirúrgico debe confirmar con el paciente	
	Porcentaje
Identidad, sitio quirúrgico, alergias, procedimiento, consentimiento	93%
Ninguna es correcta	7%
Es opcional la demarcación del sitio quirúrgico	
	Porcentaje
Si	51%
No	49%
Si el equipo de anestesia no cuenta con el pulsioxímetro, el procedimiento puede continuar con las demás constantes vitales	
	Porcentaje
Si	26%
No	74%
Es opcional la comprobación de disponibilidad de componentes sanguíneos en banco de sangre	
	Porcentaje
Si	60%
No	40%
El riesgo de hemorragia equivale a:	
	Porcentaje
Mayor a 500 ml	91%
Mayor a 1000ml	9%

El equipo quirúrgico confirma con el paciente consciente previo a la cirugía; identidad, sitio quirúrgico, procedimiento, consentimiento y reacciones alérgicas, lo conocen en su gran mayoría. La mitad de los encuestados conocen que la demarcación del sitio quirúrgico se lo realiza si procede. En menor porcentaje señalan que, no se puede continuar con las demás constantes vitales si no se cuenta con el pulsioxímetro. Desconoce un 40% en cuanto a la comprobación obligatoria de componentes sanguíneos en banco de sangre. El riesgo de hemorragia corresponde a valores mayores de 500ml, así lo conoce la mayoría de la población. En un estudio realizado en una institución pediátrica de la ciudad de México, el 66% conoce la confirmación de identidad, sitio quirúrgico y alergias conocidas del paciente, el 71% afirma que la demarcación del sitio quirúrgico lo realiza el cirujano obligatoriamente, un 82% conoce la importancia de la comprobación y disponibilidad de los dispositivos de anestesia (45). El cumplimiento de estos ítems garantiza que el equipo quirúrgico

confirme la identidad del paciente y el lugar anatómico previo a la intervención médica. Sin embargo, la demarcación del sitio quirúrgico es opcional, así lo conoce el personal de salud encuestado, a diferencia del estudio realizado en México se afirma que marcar el sitio es obligatorio antes de la inducción anestésica. De acuerdo al Manual de Cirugía Segura creado por la OMS señala que la demarcación del sitio de incisión se lo realiza o no según la practica local, así como también es importante la utilización obligatoria del pulsioxímetro como componente necesario para la seguridad de la anestesia en el paciente, en caso de no disponer de este dispositivo y se presente una urgencia, debe haber un acuerdo entre el equipo quirúrgico y la disposición de un superior.

Tabla 4. Conocimiento de la Lista de Verificación antes de la incisión cutánea

Es obligatorio que los miembros del equipo quirúrgico se presenten por su nombre, función y confirmen la identidad, sitio quirúrgico del paciente	
Ítem	Porcentaje
Si	100%
En la previsión de eventos críticos por parte del cirujano son:	
	Porcentaje
La duración de la operación	2%
Pasos críticos o imprevistos	2%
Todas son correctas	96%
En la previsión de eventos críticos por parte de la enfermera son:	
	Porcentaje
Confirmar la esterilidad de equipos	11%
Informar problemas relacionados con el instrumental y equipos	21%
Visualizar imágenes diagnósticas esenciales	0%
Todo es correcto	68%
Dentro de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía consta la profilaxis antibiótica, lo ideal debería ser	
	Porcentaje
Administrar 24 horas antes de la incisión	5%
Administrar 60 minutos antes de la incisión	42%
Administrar 30 minutos antes de la incisión	53%

En la fase intraoperatoria, antes de la incisión cutánea, toda la población encuestada conoce que es obligatorio la presentación con nombre y función del equipo quirúrgico conjuntamente con la confirmación del paciente. En la previsión de eventos críticos por parte del cirujano es, la duración de la operación, pérdida de sangre prevista, lo conocen en un porcentaje aceptable. Existe un bajo porcentaje de conocimiento en cuanto a la previsión de eventos críticos por parte de la enfermera como es: confirmar la esterilidad de equipos, informar problemas relacionados con el instrumental y equipos. La profilaxis antibiótica que se lo realiza 60 minutos antes de la cirugía, desconocen en su mayoría. En un estudio realizado en la ciudad de Cuenca en el Hospital Moreno Vásquez, se obtuvo como resultado durante la fase intraoperatoria, un 92.6% de encuestados conocen acerca de la presentación del personal sanitario. Fue notorio el desconocimiento del uso de profilaxis antibiótica en un 72.2% y la previsión de eventos críticos con un porcentaje aceptable del 75.93% (46). Antes de la incisión cutánea, es importante la presentación del equipo de salud, la confirmación del

paciente, la verificación de la profilaxis antibiótica y la revisión del plan de intervención, en la presente investigación y en el estudio realizado en Cuenca es evidente el desconocimiento en cuanto a la administración del antibiótico; en ocasiones el tiempo para colocar la profilaxis antibiótica depende del hospital y el tiempo puede ser menor al recomendado.

Tabla 5. Conocimiento de la Lista de Verificación antes que el paciente salga del quirófano

La Enfermera confirma verbalmente	
	Porcentaje
El recuento de instrumental (gasas y agujas)	7%
El etiquetado de la muestra en voz alta con el nombre del paciente	0%
Si hay problemas con instrumental y equipos	0%
Todas son correctas	93%
Los aspectos críticos en la recuperación y tratamiento del paciente lo indica	
	Porcentaje
Cirujano	44%
Anestesista	9%
Enfermera	0%
Todos	47%

En la fase postoperatoria, el 93% conoce acerca de la confirmación verbal por parte de la enfermera en cuanto al recuento de material blanco, etiquetado de muestras y problemas relacionados con el instrumental. Existe un 53% de desconocimiento por parte de los encuestados al afirmar que, el cirujano y anestesista son responsables de las indicaciones en cuanto a los aspectos críticos en la recuperación y tratamiento del paciente, mientras que, el 47% conoce que la revisión del tratamiento para el paciente lo indica todo el team quirúrgico. En un estudio realizado en la ciudad de México menciona que, el 41% de los encuestados no conoce quien indica los principales aspectos de recuperación y tratamiento del paciente, el 22% no conoce acerca de la confirmación verbal por parte de la enfermera en el recuento completo de instrumental, problemas relacionados con el material y equipo (43). Antes de salir del quirófano, el equipo quirúrgico revisa la operación llevada a cabo, el recuento de gasas e instrumentos y examina los posibles problemas con el funcionamiento del instrumental o los equipos. Es importante mencionar que los planes para la recuperación y tratamiento durante el posoperatorio lo indica no solo el cirujano, sino también anesestesiólogo y enfermera; dato que la población encuestada desconoce, así como también en la investigación realizada en México. La finalidad de la revisión del plan de tratamiento para el paciente es transmitir información fundamental de forma eficiente y adecuada a todo el team quirúrgico.

Tabla 6. Cumplimiento de la Lista de Verificación por parte del Cirujano, Médico Residente e Internos de Medicina

	Cirujano		Md. Residente		Interno de Medicina	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Entrada: Antes de la inducción anestésica						
Confirma con el paciente la identidad, sitio quirúrgico, procedimiento y consentimiento	100%		100%		33%	67%
Realiza la demarcación del sitio quirúrgico	20%	80%				
Verifica la colocación y funcionamiento del pulsioxímetro al paciente	80%	20%	100%		100%	
Confirma con el paciente alergias conocidas y riesgo de hemorragia	100%		50%	50%	17 %	83%
Pausa: Antes de la incisión cutánea						
Todos los miembros del equipo se presentan por nombre y función	100%		100%		100%	
Confirma identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento	100%		100%		67%	33%
Revisa pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista	80%	20%				
Salida: Antes que el paciente salga del quirófano						
Revisa los aspectos críticos de la recuperación y tratamiento del paciente	100%		100%		100%	

En las actividades dirigidas a los cirujanos el ítem que no se cumple en su mayoría pertenece a la demarcación del sitio quirúrgico. La verificación de la colocación y funcionamiento del pulsioxímetro conjuntamente con la revisión de los pasos críticos no se cumple en un bajo porcentaje, mientras que la revisión de aspectos en la recuperación y tratamiento del paciente se cumple en su totalidad. En un estudio realizado en México, se afirma que el cumplimiento por parte del cirujano en cuanto a la demarcación del sitio quirúrgico es de 72%, la comprobación del correcto funcionamiento de los dispositivos de alarma se cumple en un 82%. En la previsión de pasos críticos no se cumple en un 30% (6). Para lograr una cirugía segura hay que cumplir a cabalidad con lo propuesto en la Lista de Verificación garantizando procedimientos quirúrgicos seguros y el bienestar del paciente. La marcación del sitio quirúrgico es importante realizarlo en caso que implique lateralidad o múltiples estructuras, esta delimitación puede ofrecer una confirmación del lugar anatómico y procedimiento correctos.

En las actividades del Médico Residente el ítem que corresponde a la confirmación de alergias conocidas por el paciente se cumple en un 50%, las demás actividades lo realizan sin ningún inconveniente. La importancia de revisar las alergias conocidas radica una vez más en velar por la seguridad del paciente quirúrgico, mantener una comunicación efectiva con todo el personal de salud evita errores en la administración de medicación que puede comprometer el bienestar del paciente. El médico residente, así como todo el equipo quirúrgico está en contacto con varios pacientes, por esta razón verificar los datos garantiza la seguridad en la atención.

Las acciones que se registraron en cuanto al cumplimiento de los Internos de Medicina tenemos que, en la fase preoperatoria no se cumple en su mayoría con la confirmación de identidad del paciente, sitio quirúrgico, procedimiento y alergias conocidas. Antes de la incisión cutánea el equipo quirúrgico debe confirmar nuevamente la identidad del paciente, sitio e intervención esta acción no se cumple en un porcentaje bajo. El resto de actividades se cumple en su totalidad. Los Internos de Medicina están en un proceso de aprendizaje donde día a día se enfocan en complementar y superar los

conocimientos adquiridos a lo largo de su carrera profesional, las prácticas pre profesionales que realizan son fundamentales en el desarrollo de sus aptitudes y actitudes en la realización de sus funciones.

Tabla 7. Cumplimiento de la Lista de Verificación por Anestesiología, Enfermería e Internos de Enfermería

	Anestesiólogos	Enfermeras	Internos de Enfermería	
	SI	SI	SI	NO
Entrada: Antes de la inducción anestésica				
Confirma con el paciente la identidad, sitio quirúrgico, procedimiento y consentimiento	100%	100%	100%	
Realiza la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica	100%	100%	60%	40%
Verifica la colocación y funcionamiento del pulsioxímetro al paciente	100%	100%	100%	
Revisa vía aérea difícil y riesgo de hemorragia	100%			
Confirma con el paciente alergias conocidas	100%	100%	100%	
Pausa: Antes de la incisión cutánea				
Todos los miembros del equipo se presentan por nombre y función	100%	100%	100%	
Confirma identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento	100%	100%	60%	40%
Revisa si el paciente presenta algún problema específico	100%			
Confirma esterilidad, dudas o problemas del instrumental y equipos		100%	100%	
Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos	100%	100%	100%	
Salida: Antes que el paciente salga del quirófano				
Confirma con el equipo el procedimiento realizado, recuento correcto de gasas y agujas, etiquetado de muestras y si hay problemas relacionados con el instrumental y equipos		100%	80%	20%
Revisa los aspectos críticos de la recuperación y tratamiento del paciente	100%	100%	100%	

El anestesiólogo cumple en su totalidad todas las pausas quirúrgicas. En el manual de Cirugía Segura indica que el anestesiólogo suele ser el responsable de la administración de la profilaxis antibiótica, sin embargo, se ha observado que el personal de Enfermería se encarga de la colocación del antibiótico y el profesional de anestesiología realiza la comprobación de la aplicación a través de la Lista de Verificación y la comunicación entre el equipo quirúrgico. En un estudio realizado en Barranquilla, el profesional de Anestesiología confirmó la identidad del paciente, sitio quirúrgico en un 97%, se cumple con la verificación del control de la seguridad de la anestesia y colocación del pulsioxímetro en un 93%, verifica en un 11% de manera verbal las alergias conocidas del paciente, un 94% no confirma la identidad, sitio y procedimiento quirúrgico en la pausa quirúrgica, en un 90% se cumple en cuanto a la revisión de eventos críticos, la administración de profilaxis antibiótica no lo realizan en un 100% y en el plan de tratamiento del paciente cumple un 9% (47).

Las actividades que corresponden al profesional de Enfermería se cumple al 100% en las tres pausas quirúrgicas. El equipo enfermero es el primer contacto que tiene el paciente, disminuyendo, ansiedad, dudas y preocupaciones del paciente estableciendo una relación terapéutica previa a la intervención. En un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social, destaca que el grupo de profesionales que más se observó el cumplimiento de la Lista de Verificación durante tres meses, fue el personal de Enfermería con un 80% el primer mes y en un menor cumplimiento del médico cirujano, el segundo mes nuevamente Enfermería vuelve a destacar con la aplicación del Instrumento en un 100% y el tercer mes se observó un incremento significativo en el cumplimiento en todas las áreas (48).

Las actividades que realizan los Internos de Enfermería se cumplen en su mayoría en un porcentaje elevado mientras que las actividades que no se cumplen en un valor relativamente bajo se encuentra; la comprobación de aparatos de anestesia y medicación, la confirmación de la identidad del paciente, sitio, procedimiento, la confirmación del recuento de material blanco, corto punzante y funcionamiento de los equipos.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

- Los datos socio demográficos del personal de salud de Centro Quirúrgico, estuvo conformado por profesionales de sexo femenino y masculino en un porcentaje equitativo, entre 31 y 40 años de edad, con título académico de tercer nivel y de especialidad en el caso del médico cirujano, se auto identifican como mestizos, residentes de la ciudad de Tulcán, y refirieron haber recibido inducción y capacitación previo el ingreso a la institución sobre seguridad del paciente.
- Según el grado de conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura fue aceptable, sin embargo, al evaluar las respuestas marcadas por la población de estudio en relación a los parámetros que conforman las pausas quirúrgicas, se obtuvo un nivel de desconocimiento relativamente bajo en lo que corresponde a la segunda pausa, “Antes de la incisión quirúrgica” y un porcentaje alto de cumplimiento de la primera y tercera pausa quirúrgica.
- En cuanto al cumplimiento de la Lista de verificación de cirugía segura se destacó que, las actividades que se cumplieron en las tres pausas quirúrgicas; fueron satisfactorias por parte del personal de enfermería y anestesiología, mientras que, los médicos cirujanos, residentes e internos de medicina y enfermería obtuvieron un porcentaje bajo en algunos de los ítems como; demarcación del sitio quirúrgico, confirmación de alergias conocidas por el paciente y revisión de eventos críticos.
- Mediante el poster científico, se socializaron los resultados de la investigación de forma clara y concisa, que fueron representados mediante tablas para su

comprensión, llegando a concientizar sobre la importancia del cumplimiento del protocolo de cirugía segura.

5.2.Recomendaciones

- Al personal de Talento Humano del Hospital Luis Gabriel Dávila se recomienda dar continuidad a las capacitaciones poniendo énfasis en Prácticas quirúrgicas seguras para fortalecer el conocimiento del personal de salud.
- Al personal de quirófano tomar conciencia sobre la importancia del cumplimiento de los parámetros que hace mención la lista de verificación de cirugía segura, con la finalidad de evitar eventos adversos.
- A los docentes de la Facultad Ciencias de la Salud promover la seguridad del paciente dando a conocer a sus estudiantes sobre normas de calidad de atención para mejorar la seguridad de sus pacientes y minimizar riesgos como futuros profesionales de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lopez E, Yair A, Zamora A, Montalvo G. La implementación de la lista de verificación para una cirugía segura y su impacto en la morbimortalidad. *Mediagraphic*. 2016 Junio; XXXVIII(1): p. 18.
2. Organización Mundial de la SALUD. Datos y cifras sobre la seguridad en la atención quirúrgica. [Online].; 2016 [cited 2018 Junio 23. Available from: https://www.who.int/features/factfiles/safe_surgery/facts/es/.
3. Organización Mundial de la Salud. World Alliance for Patient Safety. [Online].; 2010 [cited 2018 Junio 12. Available from: <https://www.who.int/patientsafety/challenge/safe.surgery/Launch%20info%20note%20Spanish.pdf>.
4. Organización Mundial de la Salud. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009. [Online].; 2009 [cited 2018 Junio 12. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa.pdf;jsessionid=B482A47C575DFE13821596495AF98A41?sequence=1.
5. Constanza L, Bermudez A, Quintero L, Díaz M. Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 2013 Julio; XLI(2): p. 5.
6. León M, Ruiz M, De la Cruz C. Conocimiento e implementación de la seguridad del paciente quirúrgico en una institución pediátrica del sureste de México. *Horizonte sanitario*. 2016 Septiembre; XV(3).
7. García D, Gonzáles A, Bates L, Villareal G. Nivel de cumplimiento y factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2012 Agosto; XX(2): p. 15.
8. Alpendre F, Cruz E, Mantovani M, Santos G. Cirugía segura: validación de checklist pre y postoperatorio. *Revista Latino-Am. Enfermagem*. 2017 Enero; XXIX(1): p. 10.
9. Trejo E. Universidad de Barcelona. [Online].; 2016 [cited 2018 06 13. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4753/1/T-UCE-0006-131.pdf>.
10. Hospital Luis Gabriel Dávila. Hospital General "Luis G Dávila". [Online].; 2010 [cited 2018 07 1. Available from: <http://hlgd.gob.ec/>.

11. Ministerio de Salud Pública. Hospital Luis Gabriel Dávila. [Online].; 2011 [cited 2019 01 10. Available from: <http://hlgd.gob.ec/index.php/hospital/mision-y-vision>.
12. Ministerio de Salud Pública. Manual de seguridad del paciente. [Online].; 2016 [cited 2019 Febrero 24. Available from: <http://www.calidadsalud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/08/MANUAL-DE-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE.pdf>.
13. Hospital Luis Gabriel Dávila. Protocolo de prácticas quirúrgicas seguras. [Online].; 2016 [cited 2019 Enero 13. Available from: http://hlgd.gob.ec/procolos_acreditacion/PROTOCOLO%20PRACTICAS%20QUIRURGICAS%20SEGURAS.pdf.
14. Arribalzaga E, Lupica L, Delor S. Implementación del Listado de Verificación de Cirugía Segura. Revista Argentina de Cirugía. 2012 Enero; CII(3).
15. Asociación española de cirujanos. Programa de Cirugía Segura. [Online].; 2016 [cited 2019 Noviembre 18. Available from: <https://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2016/seguridad-bloque-quirurgico/Protocolo-Proyecto-Cirugia-Segura.pdf>.
16. Organización Mundial de la Salud. Lista de verificación de la seguridad de la cirugía. [Online].; 2009 [cited 2018 Noviembre 25. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa.pdf?sequence=1.
17. Cirugía segura salva vidas. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente. [Online].; 2008 [cited 2018 11 25. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70084/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf?sequence=1.
18. Organización Mundial de la Salud. La Cirugía Segura Salva Vidas. [Online].; 2008 [cited 2018 12 20. Available from: https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf.
19. Organización Mundial de la Salud. Cirugía Segura. Seguridad en Quirófano. [Online].; 2008 [cited 2018 11 25. Available from: http://www.who.int/topics/patient_safety/es/.
20. López T, Palacios M, Bernal A, Orellana J. Protocolo de cirugía segura. [Online].; 2015 [cited 2019 02 15. Available from: <http://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/PROTOCOLO-DE-CIRUGIA-SEGURA.pdf>.
21. Ministerio de Salud Pública. Protocolo de seguridad del paciente. [Online].; 2016 [cited 2019 Febrero 24. Available from: <http://www.calidadsalud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/08/MANUAL-DE-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE.pdf>.

22. Borroto D, Puentes N, Puentes R. Consentimiento informado en el paciente quirúrgico. Scielo. 2006 Agosto; VIII(4).
23. Fuller J. Instrumentación Quirúrgica. Cuarta ed. Frydman J, López G, editors. Escocia: Médica Panamericana; 2008.
24. Concepción G, Gutierrez E, Hernando A. Técnicas Básicas de Enfermería en Quirófano y en el servicio de Cirugía. Primera ed. Flores J, editor. Madrid: Editex; 2017.
25. Elsevier. Cirugía en sitio erróneo. Revista española de cirugía ortopédica y traumatología. 2010 Septiembre; III(5).
26. Sánchez O, Gonzáles Y, Hernández C. Manual de Instrumental Quirúrgico. Scielo. 2014 Octubre; XII(5).
27. Motta G, Rodríguez C, Ramirez J. Material quirpurgico retenido. Medigraphic. 2010 Junio; VII(3).
28. Forrellat M. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. Scielo. 2014 Junio; XXX(2).
29. Estepa M, Pérez C, Crespo R. Eficacia de los programas de seguridad del paciente. Enferm Nefrol. 2016 Marzo; VII(1).
30. Medina G. Relación de percepción del paciente y calidad de la interacción según la teoría de Peplau. Revista Obstétrica. 2007 Febrero; II(5).
31. Ballon Y, Escalante Y, María H. Relación Enfermera-Paciente según la teoría de Hildegard Peplau en el servicio de centro quirúrgico. [Online].; 2017 [cited 2019 Febrero 16. Available from: <http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/381/Relaci%C3%B3n%20enfermera-paciente%20seg%C3%BAn%20la%20teor%C3%ADa%20de%20Hildegard%20Peplau%20en%20el%20servicio%20de%20centro%20quir%C3%BArgico%20de%20un%20Hospital%20Nacional.pdf?sequence=1&isAll>.
32. Constitución de la República del Ecuador. Código de la Niñez y la Adolescencia. [Online].; 2008 [cited 2018 06 01. Available from: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf.
33. Ministerio de Salud Pública. Ley Orgánica de Salud. [Online].; 2013 [cited 2018 Agosto 20. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Reglamento-a-la-Ley-Org%C3%A1nica-de-Salud.pdf>.

34. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan Nacional de Desarrollo 2017- 2021. [Online].; 2017 [cited 2018 Agosto 20. Available from: http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf.
35. Ley Orgánica del Ecuador. [Online].; 2016 [cited 2018 06 02. Available from: www.leyorganicadelecuador.gob.ec.
36. Ministerio de Salud Pública. Ley de derechos y amparo del paciente. [Online].; 2006 [cited 2018 06 01. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>.
37. Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del CIE para la profesión de Enfermería. In Marteau J, editor. Código Deontológico de Enfermeras. Suiza: Fornara; 2012. p. 12.
38. Mazzanti MdlÁ. Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. [Online].; 2012 [cited 2018 Septiembre 12. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/1892/189219032009.pdf>.
39. Federación Ecuatoriana de Enfermeras/os. Fedesecre. [Online].; 2016 [cited 2018 Octubre 20. Available from: <http://federacionecuatorianadeenfermeras.org/>.
40. Juarez R, Orlando A. Tesis UNMSM. [Online].; 2010 [cited 2018 Septiembre 12. Available from: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis301.pdf>.
41. Sánchez J. Los niveles de conocimiento. Instituto Politécnico Nacional. 2014 Marzo; XIV(65).
42. Organización Mundial de la Salud. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía. [Online].; 2009 [cited 2018 Septiembre 12. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70083/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf;jsessionid=83460304AE6664A0651978B8EF8DE5D1?sequence=1.
43. Diana R, Angelina G, Monserrat P. Nivel de cumplimiento y factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. Enfermería Cardiológica. 2015 Octubre; XX(2).
44. Ministerio de Salud Pública. Seguridad del Paciente - Usuario. Primera ed. Nacional D, editor. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2016.

45. León M, Ruiz M, De la Cruz C. Conocimiento e implementación de la seguridad del paciente en una institución pediátrica del sureste de México. *Revista Horizonte Sanitario*. 2016 Septiembre; XV(3).
46. Astudillo J, Espinosa K. Universidad de Cuenca. [Online].; 2015 [cited 2019 Junio 15]. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23079/1/tesis.pdf>.
47. Díaz A. Verificación del cumplimiento de la lista de chequeo para minimización de eventos quirúrgicos adversos transoperatorios. *Prácticas para una cirugía más segura*. *Ciencia y Salud*. 2010 Diciembre; II(1).
48. Martínez O, Gutiérrez S, Torres S. Seguridad en procedimientos invasivos y quirófono. *CONAMED*. 2012 Junio; II(16).

Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS 1 .pdf (D54393584)
Submitted: 7/11/2019 10:00:00 PM
Submitted By: edgarj_nm@hotmail.com
Significance: 11 %

Sources included in the report:

Loor Valencia, Maoly Alejandra - TFM MA18-19 (1).pdf (D53210451)
TESIS CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGIA SEGURA.docx (D48787608)
Proyecto Actual de Investigación Gualli - Merino.docx (D26261643)
1A_REYES_NOVOA_EVA_ERICKA_SEGUNDA_ESPECIALIDAD_2018.docx (D46695716)
TESIS ENTREGAR.pdf (D51487657)
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/190000-194999/193516/norma.htm>
http://200.72.129.100/transparencia/transparencia_activa/documentos/deptoCalidad/Instructivo_uso_lista_de_chequeo_para_cirugia_segura_dic_2011.pdf
<http://federacionecuatorianadeenfermeras.org/74fb6b65-c245-4ecd-9bdf-3252a9bac454adda5a32-b642-43da-8c7f-9afd3297ad0abeec7f3d-4ad7-4049-a67b-ce0c7d60300fe8831961-ce0c-477a-a4eb-3a1387840a8c>

Instances where selected sources appear:

54

En la ciudad de Ibarra, a los 15 días del mes de julio de 2019.

Lo certifico



.....
MSc. Eva Consuelo López Aguilar

C.C: 1002251534

DIRECTORA DE TESIS

ABSTRACT

COMPLIANCE WITH THE PROTOCOL FOR SURGERY SAFETINESS IN THE SURGICAL CENTER IN THE LUIS GABRIEL DÁVILA HOSPITAL, 2018 - 2019

Author: Roxanne Morelia Navarrete Enríquez

Email: roxannemorelia97@gmail.com

Adverse events and complications affecting patients are preventable with the use of patient safety tools such as the Safe Surgery Checklist created by the World Health Organization. The objective of this research is to determine compliance with the safe surgery protocol in the Luis Gabriel Davila Hospital surgical center. It was a qualitative-quantitative, non-experimental, descriptive, documentary, observational and transverse study; the sample consisted of the staff of the Surgical Center, as a tool a survey was developed and an observation guide based on the compliance Checklist, showing that the predominant sex is male with 51%, with ages from 31 to 40 years, 47% have third level academic degree and the largest number of staff are nurses. In relation to knowledge, 71% know about surgical pauses while 29% do not know about the parameters of this tool. The results regarding compliance by Surgeons were 85% in favor and a 15% of non-compliance, Anesthesiology and Nursing meets 100%, Resident Doctors meet 92%, Medical Interns meet 69% and Nursing Interns 95%. It is concluded that most of them know about the activities of the Safe Surgery checklist, the greatest compliance was observed in professionals of Anesthesiology and Nursing where they fully applied the items of the Checklist.

Keywords: Checklist, surgical pauses, Safe Surgery, Patient Safety.

Víctor Delgado
PR



ANEXOS

Anexo1. Autorización

MINISTERIO DE SALUD



Hospital General Provincial "Luis Gabriel Dávila"
Dirección Asistencial Hospitalaria

Memorando Nro. MSP-CZ1-HLGD-DMA-2019-0238-M

Tulcán, 17 de mayo de 2019

PARA: Rocío Elizabeth Castillo Andrade

ASUNTO: AUTORIZACION TESIS NAVARRETE ENRIQUEZ

De mi consideración:

En atención al Memorando Nro. MSP-CZ1-HLGD-DMA-2019-0179-M, se indica que el trabajo de tesis titulado "Cumplimiento del Protocolo de cirugía segura en el servicio de centro quirúrgico del Hospital Luis Gabriel Dávila 2018-2019" de autoría de la señorita Navarrete Enriquez Roxanne Morella, ha sido autorizado, por lo que puede proceder a aplicar las encuestas que requiere para dicho trabajo. Así como se insiste en la importancia de que una vez que concluya la finalización y defensa del mismo, deberá entregar una copia para el Departamento de Coordinación de Docencia de nuestra institución.

Con sentimientos de distinguida consideración,

Atentamente,



Dra. María Verónica Aveiga Hidalgo
DIRECTORA ASISTENCIAL HOSPITALARIO HOSPITAL GENERAL LUIS G. DÁVILA

Referencias:
- MSP-CZ1-HLGD-GDI-2019-0006-M

Copia:
Srta. Johana Maricela Cevallos Acosta
Asistente Atención al Usuario del Hospital Luis G. Dávila

Av. San Francisco entre Gustavo Becker y García Lorca, Tulcán - Ecuador
• Código Postal: 040103 • Teléfono: 593 (06) 2999400 ext. 4037 • www.hlgd.gob.ec

Anexo 2. Encuesta



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

ENCUESTA

TEMA: Cumplimiento del protocolo de cirugía segura en centro quirúrgico del Hospital Luis Gabriel Dávila 2018 – 2019

OBJETIVO: Determinar el cumplimiento del protocolo de cirugía segura en centro quirúrgico del Hospital Luis Gabriel Dávila 2018 – 2019

Estimado (a) participante:

La presente encuesta es anónima y voluntaria, por lo que se solicita de su colaboración y sinceridad en la información proporcionada, la misma que consta de una serie de preguntas de opción múltiple. Los datos obtenidos de la información, es confidencial y serán utilizados únicamente para fines académicos que no repercute sus labores diarias.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

SEXO							
Masculino				Femenino			
EDAD:							
ETNIA							
Mestizo		Indígena		Afro ecuatoriano	Otro		
LUGAR DE PROCEDENCIA:							
TIEMPO DE SERVICIO							
1-2 años		3-4 años		5 o más			
TÍTULO ACADÉMICO							
Tercer nivel		Maestría		Especialidad		Doctorado	
FUNCIÓN QUE DESEMPEÑA							
Cirujano		Médico Residente		Anestesiólogo			
Enfermera		Interno Medicina		Interno Enfermería			
						SI	NO
Recibió inducción previo ingreso a la institución							
Recibió capacitación sobre seguridad del paciente							

CONOCIMIENTO DE LA LISTA DE VERIFICACION DE CIRUGÍA SEGURA

Marque con una x la respuesta que crea correcta.

1. ¿Cuál es el objetivo principal de la lista de verificación de cirugía segura?

- a) Minimizar eventos adversos evitables que pueden poner en riesgo la vida y bienestar del paciente. ()
- b) Aumentar la tasa de productividad del quirófano. ()
- c) Disminuir el número de infecciones en el sitio quirúrgico. ()
- d) Mejorar la relación médico paciente. ()

2. ¿Qué miembro del equipo quirúrgico es más adecuado para la aplicación de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía?

- a) Profesional de enfermería circulante ()
- b) Profesional de enfermería instrumentista II. ()
- c) Anestesiólogo ()
- d) Cualquiera profesional del equipo quirúrgico. ()

3. El equipo quirúrgico debe confirmar con el paciente:

- a) Identidad, sitio quirúrgico, alergias, procedimiento, consentimiento. ()
- b) Identidad, consentimiento, alergias, procedimiento. ()
- c) Identidad, alergias, tipo de sangre, consentimiento. ()
- d) Ninguna es correcta ()

4. Es opcional la demarcación del sitio quirúrgico

Si () No ()

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

Si () No ()

6. Es opcional la comprobación de disponibilidad de componentes sanguíneos en banco de sangre

Si () No ()

7. El riesgo de hemorragia equivale a:

- a) Mayor a 200ml ()
- b) Mayor a 400ml ()
- c) Mayor a 500ml ()
- d) Mayor de 1000ml ()

8. Es obligatorio que los miembros del equipo quirúrgico se presenten por su nombre, función y confirmen la identidad, sitio quirúrgico del paciente.

Si () No ()

9. En la previsión de eventos críticos por parte del cirujano son:

- a) La duración de la operación ()
- b) La pérdida de sangre prevista ()
- c) Pasos críticos o imprevistos ()
- d) Todas son correctas ()

10. En la previsión de eventos críticos por parte de la enfermera es:

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

11. Dentro de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía consta la profilaxis antibiótica, lo ideal debería ser:

- a) Administrar 24 horas antes de la incisión. ()
- b) Administrar 60 minutos antes de la incisión. ()
- c) Administrar 30 minutos antes de la incisión. ()
- d) Se administra recién en el quirófano después de la intervención quirúrgica. ()

12. La enfermera confirma verbalmente

- a) El recuento de instrumental (gasas y agujas) ()
- b) El etiquetado de la muestra en voz alta con el nombre del paciente ()
- c) Si hay problemas con instrumental y equipos ()
- d) Todos son correctas ()

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

- a) Cirujano ()
- b) Anestesista ()
- c) Enfermera ()
- d) Todos ()

Anexo 3. Guía de Observación



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
GUÍA DE OBSERVACIÓN

TEMA: Cumplimiento del protocolo de cirugía segura en centro quirúrgico del Hospital Luis Gabriel Dávila 2018 – 2019


OBJETIVO: Determinar el cumplimiento del protocolo de cirugía segura en centro quirúrgico del Hospital Luis Gabriel Dávila 2018 – 2019

Antes de la inducción de la anestesia	Cumple	No cumple
¿El paciente confirma su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?		
¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?		
¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?		
¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?		
Tiene el paciente: Alergias conocidas Vía aérea difícil / riesgo de aspiración Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)		

Antes de la incisión cutánea	Cumple	No cumple
Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función		
Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento.		
¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?		

Previsión de eventos críticos	Cumple	No cumple
Cirujano ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados? ¿Cuánto durará la operación? ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?		
Anestesia. ¿Presenta el paciente algún problema específico?		
Enfermería. ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)? ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?		
¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?		
Antes de que el paciente salga del quirófano	Cumple	No cumple
El enfermero confirma verbalmente: El nombre del procedimiento.		
El recuento de instrumentos, gasas y agujas.		
El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre de paciente).		
Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos.		
Cirujano, anestesista y enfermero: ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y tratamiento de este paciente?		

Nombre: _____ Edad: _____ años HCL: _____ SERVICIO: _____

Antes de la Inducción anestésica 

ENTRADA

- EL PACIENTE HA CONFIRMADO SU IDENTIDAD
- EL SITIO QUIRÚRGICO
- EL PROCEDIMIENTO
- SU CONSENTIMIENTO
- DEMARCACIÓN DEL SITIO / NO PROCEDE
- SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA
- PULSOXÍMETRO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO
- ¿TIENE EL PACIENTE ALERGIAS CONOCIDAS?
 - NO
 - SI

VÍA AÉREA DIFÍCIL / RIESGO DE ASPIRACIÓN:

- NO
- SI Y HAY INSTRUMENTAL Y EQUIPOS / AYUDA DISPONIBLE

RIESGO DE HEMORRAGIA > 500 ML (7 ML/KG EN NIÑOS)?

- NO
- SI Y SE HA PREVISTO LA DISPONIBILIDAD DE ACCESO INTRAVENOSO Y LIQUIDOS ADECUADOS

Tulcán, ____ de _____ 20____

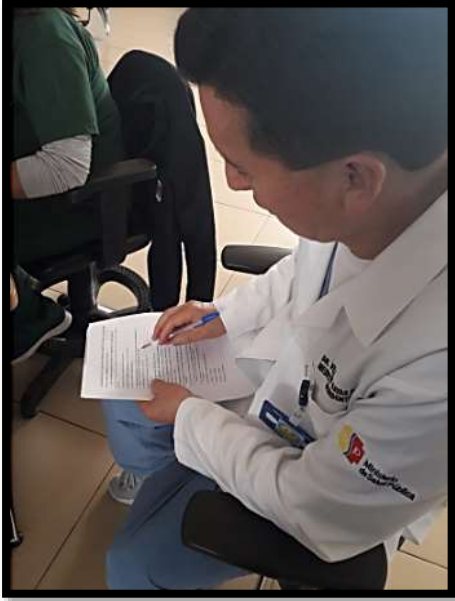
Antes de la Incisión cutánea 

PAUSA QUIRÚRGICA


REALIZADO	RESPONSABLES
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> QUE LOS RECIENTOS DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUJAS SON CORRECTOS (O NO PROCEDEN) <input type="checkbox"/> EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE) <input type="checkbox"/> SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS 	<p>EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE</p> <p>CIRUJANO</p>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN <input type="checkbox"/> CIRUJANO, ANESTESIOLOGO Y ENFERMERO CONFIRMAN VERBALMENTE: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> LA IDENTIDAD DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> EL SITIO QUIRURGICO <input type="checkbox"/> EL PROCEDIMIENTO <input type="checkbox"/> PREVISIÓN DE EVENTOS CRITICOS <input type="checkbox"/> EL CIRUJANO REVISAS: LOS PASOS CRITICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PÉRDIDA DE SANGRE PREVISTA <input type="checkbox"/> EL EQUIPO DE ANESTESIA REVISAS: SI EL PACIENTE PRESENTA ALGUN PROBLEMA ESPECÍFICO <input type="checkbox"/> EL EQUIPO DE ENFERMERIA REVISAS: SI CONFIRMADO LA ESTERILIDAD CON ESPECÍFICO RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS 	<p>ANESTESIOLOGO</p> <p>INSTRUMENTISTA</p> <p>LIDER DE ENFERMERIA</p>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <input type="checkbox"/> ¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO PROCEDE <p>Antes de la salida del quirófano</p>	
<p>SALIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO 	

Anexo 5. Galería Fotográfica






Anexo 6. Póster Científico



**CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE CIRUGÍA
SEGURA EN CENTRO QUIRÚRGICO DEL
HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA 2018 - 2019**




Ministerio de Salud Pública
Hospital General "LUIS G. DÁVILA"

INTRODUCCIÓN:
Los errores asociados a la cirugía se relacionan con una Incorrecta Identificación del paciente, localización errónea del sitio quirúrgico, problemas con el equipamiento o la falta del mismo; son eventos adversos que provocan complicaciones que pueden llevar a la pérdida de movilidad, Infección del sitio de Incisión, pérdidas de sangre superiores a las previstas o cierre de la herida sin haber retirado el material quirúrgico utilizado.

OBJETIVO:
Determinar el cumplimiento del protocolo de Cirugía Segura en Centro Quirúrgico del Hospital Luis Gabriel Dávila 2018 - 2019.

METODOLOGÍA:
Estudio cualicuantitativo, no experimental, de tipo descriptivo, documental, observacional y transversal.



VARIABLE	PORCENTAJE
SEXO	
Masculino	51%
EDAD	
20 - 30 años	28%
31 - 40 años	35%
ETNIA	
Mestizo	98%
LUGAR DE PROCEDENCIA	
Tulcán	58%
TIEMPO DE SERVICIO	
1 - 2 años	47%
TÍTULO ACADÉMICO	
Tercer Nivel	47%
Especialidad	30%
FUNCIÓN QUE DESEMPEÑA	
Anestesiólogo	14%
Cirujano	23%
Médico Residente	9%
Enfermera	28%
Interno de Medicina	14%
Interno de Enfermería	12%
RECIBIÓ INDUCCIÓN PREVIO INGRESO A LA INSTITUCIÓN	
Si	72%
RECIBIÓ CAPACITACIÓN SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE	
Si	91%

Conocimiento de la Lista de Verificación antes de la incisión anestésica	
El Equipo Quirúrgico debe confirmar con el paciente	
Identidad, sitio quirúrgico, alergias, procedimiento, consentimiento	Porcentaje: 93%
Es opcional la demarcación del sitio quirúrgico	
Si	31%
No	49%
Si el equipo de anestesia no cuenta con el paciente anestesiado, el procedimiento puede continuar con las demás constantes vitales	
No	74%
Es opcional la comprobación de disponibilidad de componentes sanguíneos en banco de sangre	
Si	60%
No	40%
El riesgo de hemorragia equivale a:	
Mayor a 500 ml	Porcentaje: 91%

Conocimiento de la Lista de Verificación antes de la incisión rutinaria	
Es obligatorio que los miembros del equipo quirúrgico se presenten por su nombre, función y confirmen la identidad, sitio quirúrgico del paciente	
Si	Porcentaje: 100%
En la prevención de eventos críticos por parte del cirujano son:	
La duración de la operación	2%
Pasos críticos o imprevistos	2%
Todas son correctas	96%
En la prevención de eventos críticos por parte de la enfermera son:	
Confirmar la esterilidad de equipos	11%
Informar problemas relacionados con el instrumental y equipos	21%
Visualizar imágenes diagnósticas esenciales	0%
Toda es correcta	68%
Dentro de la lista de verificación en la seguridad de la cirugía consta la profilaxis antibiótica, la lista debería ser:	
Administrar 60 minutos antes de la incisión	42%
Administrar 30 minutos antes de la incisión	58%

Conocimiento del personal de Centro Quirúrgico sobre la Verificación de Cirugía Segura	
¿Cuál es el objetivo principal de la lista de verificación?	
Minimizar eventos adversos evitables que pueden poner en riesgo la vida y bienestar del paciente	Porcentaje: 100%
¿Qué miembro del equipo quirúrgico es más adecuado para la seguridad de la cirugía?	
Profesional de Enfermería Circulante	51%
Cualquier profesional del equipo quirúrgico	44%

Conocimiento de la Lista de Verificación antes que el paciente salga del quirófano	
La Enfermera confirma verbalmente	
El recuento de instrumental (gasas y agujas)	7%
El etiquetado de la muestra en sus alia con el nombre del paciente	0%
Si hay problemas con instrumental y equipos	0%
Todas son correctas	93%
Los aspectos críticos en la recuperación y tratamiento del paciente lo indica	
Cirujano	44%
Anestesiista	9%
Enfermera	0%
Todos	47%

CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE CIRUGIA SEGURA												
ACTIVIDADES	Cirujanos		Anestesiólogos		Md. Residente		Enfermeras		Interno de Medicina		Interno de Enfermería	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ENTRADA: Antes de la inducción anestésica												
Confirma con el paciente la identidad, sitio quirúrgico, procedimiento y consentimiento	100%		100%		100%		100%		33%	67%	100%	
Realiza la demarcación del sitio quirúrgico	20%	80%										
Comprueba funcionamiento de aparatos de anestesia y medicación anestésica			100%				100%				60%	40%
Revisa la colocación y funcionamiento del pulsioxímetro	80%	20%	100%		100%		100%		100%		100%	
Confirma alergias conocidas por el paciente	100%		100%		50%	50%	100%		17%	83%	100%	
Verifica vía aérea difícil / riesgo de aspiración			100%									
Revisa el riesgo de hemorragia >500ml (7ml/kg en niños)	100%		100%									
PAUSA: Antes de la incisión cutánea												
Todos los miembros del equipo se presentan por su nombre y función	100%		100%		100%		100%		100%		100%	
Confirma la identidad del paciente, sitio quirúrgico y procedimiento	100%		100%		100%		100%		67%	33%	60%	40%
El cirujano confirma: pasos críticos, duración de la operación y pérdida de sangre prevista	80%	20%										
Anestesiista confirma previsión de eventos críticos			100%									
Enfermería confirma la esterilidad, problemas relacionados con el instrumental y equipos							100%				100%	
Revisa la administración de profilaxis antibiótica 60 minutos antes de la intervención quirúrgica			100%				100%				100%	
SALIDA: Antes que el paciente salga del quirófano												
El enfermero confirma verbalmente el recuento de gases, agujas, instrumentos, etiquetado de muestras y problemas que resolver relacionados con el instrumental y equipos							100%				80%	20%
Cirujano, anestesiista y enfermero revisan aspectos críticos en la recuperación y tratamiento del paciente	100%		100%		100%		100%		100%		100%	

CONCLUSIONES:

- Según el grado de conocimiento sobre la Lista de Verificación de Cirugía Segura fue aceptable, sin embargo, al evaluar las respuestas marcadas por la población de estudio en relación a los parámetros que conforman las pausas quirúrgicas, se obtuvo un nivel de desconocimiento relativamente bajo en lo que corresponde a la segunda pausa, "Antes de la incisión quirúrgica"



- En cuanto al cumplimiento de la Lista de verificación de cirugía segura se destacó que, las actividades que se cumplieron en las tres pausas quirúrgicas; fueron satisfactorias por parte del personal de enfermería y anestesiología, mientras que, los médicos cirujanos, residentes e internos de medicina y enfermería obtuvieron un porcentaje bajo en algunos de los ítems como; demarcación del sitio quirúrgico, confirmación de alergias conocidas por el paciente y revisión de eventos críticos.

IRE. ROXANNE MORELIA NAVARRETE ENRÍQUEZ