



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

**Cumplimiento de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura
en un Hospital Pediátrico de la Ciudad de Guayaquil, año
2019.**

AUTORAS:

Napa Valencia, Wendy Corina

Mite Cruz, Denisse Stefania

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
Licenciada en Enfermería**

TUTORA:

Lcda. González Osorio, Cristina Virmane. MGs.

Guayaquil, Ecuador

02 de abril del 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Napa Valencia, Wendy Corina y Mite Cruz, Denisse Stefania**, como requerimiento para la obtención del título de **LICENCIADO EN ENFERMERÍA**.

TUTORA

f. _____

LCDA. GONZÁLEZ OSORIO, CRISTINA VIRMANE. MGs

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

LCDA. MENDOZA VINCES, ÁNGELA OVILDA. MGs

Guayaquil, a los 02 del mes de abril del año 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Napa Valencia, Wendy Corina y Mite Cruz, Denisse Stefania.**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Cumplimiento de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura en un Hospital Pediátrico de la Ciudad de Guayaquil, año 2019**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 02 del mes abril del año 2020

AUTORAS:

f. _____
Napa Valencia, Wendy Corina

f. _____
Mite Cruz, Denisse Stefania



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Napa Valencia, Wendy Corina y Mite Cruz, Denisse Stefania**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Cumplimiento de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura en un Hospital Pediátrico de la Ciudad de Guayaquil, año 2019**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 02 del mes de abril del año 2020

AUTORAS:

f. _____
Napa Valencia, Wendy Corina

f. _____
Mite Cruz, Denisse Stefania

Documento [Tesis de Napa V. Wendy y Mite C. Denisse.docx](#) (D69844510)

Presentado 2020-05-02 17:07 (-05:00)

Presentado por denissemitacruz@gmail.com

Recibido cristina.gonzalez01.ucsg@analysis.urkund.com

Mensaje Tesis de Napa . Wendy y Mite C. Denisse última corrección [Mostrar el mensaje completo](#)

0% de estas 55 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

Lista de fuentes

Bloques

+		https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=39424	<input type="checkbox"/>
+		https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/seguridad-bloque-quirur...	<input type="checkbox"/>
+	>	http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3689/Verificacion_CaisahuanaMart%C...	<input type="checkbox"/>
+		https://pdfs.semanticscholar.org/de7a/a7ed242059a2f21e01d1870680f91b5ce98f.pdf	<input type="checkbox"/>
+		https://eprints.ucm.es/49915/1/T40549.pdf	<input type="checkbox"/>



0 Advertencias.

Reiniciar

Exportar

Compartir



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

Cumplimiento de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura en un Hospital Pediátrico de la Ciudad de Guayaquil, año 2019.

AUTORAS: Napa Valencia, Wendy Corina Mite Cruz, Denisse Stefania

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

TUTORA:

Lcda. González Osorio, Cristina Virmane. MGs.

Guayaquil, Ecuador 16 de abril del 2020

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Activar Windows

Urkund Analysis Result

Analysed Document: Tesis de Napa V. Wendy y Mite C. Denisse.docx (D69844510)
Submitted: 5/3/2020 12:07:00 AM
Submitted By: denissemitacruz@gmail.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

Cumplimiento de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura en un Hospital Pediátrico de la Ciudad de Guayaquil, año 2019.

AUTORAS: Napa Valencia, Wendy Corina Mite Cruz, Denisse Stefania

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

TUTORA:

Lcda. González Osorio, Cristina Virmane. MGs.

Guayaquil, Ecuador 16 de abril del 2020

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por Napa Valencia, Wendy Corina y Mite Cruz, Denisse Stefania, como requerimiento para la obtención del título de LICENCIADO EN ENFERMERÍA.

TUTORA

f. _____ LCDA. GONZÁLEZ OSORIO, CRISTINA VIRMANE. MGs

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____ LCDA. MENDOZA VINCES, ÁNGELA OVILDA. MGs

Guayaquil, a los 16 del mes de abril del año 2020

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, Napa Valencia, Wendy Corina y Mite Cruz, Denisse Stefania.

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, Cumplimiento de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura en un Hospital Pediátrico de la Ciudad de Guayaquil, año 2019, previo a la obtención del título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por habernos guiados y acompañado a lo largo de toda nuestra carrera, por haber sido nuestra fortaleza en los momentos de debilidad, y por habernos brindado una vida llena de largas trayectorias de felicidad, aprendizajes y experiencias. A nuestros padres por apoyarnos en todo momento y haber cultivado valores en nuestras vidas que hoy en día dicen con nuestra culminación que sus cosechas han dado frutos y sobre todo por ser nuestro ejemplo de vida a seguir. Pero, sobre todo, gracias a nuestros esposos y a nuestros hijos, ya que son ellos quienes han sido nuestro motor para llegar a esta gran meta, por su paciencia, comprensión y solidaridad con este proyecto, por el tiempo que me han concedido, un tiempo robado a la historia familiar. Sin su apoyo este trabajo nunca se habría escrito y, por eso, este trabajo es también el suyo.

Autoras

Napa Valencia, Wendy Corina

Mite Cruz, Denisse Stefania

DEDICATORIA

Dedicamos esta tesis a nuestro Dios quien fue nuestra inspiración para la realización de este proyecto de titulación final en nuestra carrera, por darnos salud y su bendición en cada momento para poder alcanzar nuestras metas como persona y como profesional, a nuestro padres por ser nuestro apoyo emocional incondicional a lo largo de nuestra trayectoria, a nuestros hijos ya que son ellos el motor más fiel y confiable que puedes encontrar en toda tu vida, no habrá nada más en el mundo que te produzca la motivación, la pasión y la energía para trabajar por algo, de la manera en la que lo hace.

Autoras

Napa Valencia, Wendy Corina

Mite Cruz, Denisse Stefania



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LCDA. ÁNGELA OVILDA MENDOZA VINCES. MGs
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LCDA. MARTHA LORENA HOLGUÍN JIMÉNEZ. MGs
COORDINADORA DE UNIDAD DE TITULACIÓN ESPECIAL

f. _____

LCDA. CRISTINA VIRMANE GONZÁLEZ OSORIO. MGs
TUTORA

f. _____

LCDA. GENY MARGOTH RIVERA SALAZAR. MGs
OPONENTE

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	VI
DEDICATORIA	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VIII
ÍNDICE.....	IX
ÍNDICE DE GRÁFICO	XI
RESUMEN	XII
ABSTRAC	XIII
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	7
JUSTIFICACIÓN.....	8
OBJETIVOS.....	10
OBJETIVO GENERAL:.....	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	10
CAPÍTULO II.....	11
FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.....	11
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	11
2.2. MARCO CONCEPTUAL.....	14
2.2.1 Seguridad del paciente:.....	14
2.2.2 Prácticas seguras:.....	14
2.2.3 Prácticas quirúrgicas seguras	15
2.2.4 Equipos quirúrgicos seguros	16
2.2.5 Seguridad de la anestesia	16
2.2.6 La figura del médico responsable, tratante o de “cabecera”.....	17

2.2.7 Responsabilidad profesional y Cirugía	17
2.2.8 Acciones de los establecimientos y equipo de salud.....	17
2.2.9 Cumplimiento de la lista de verificación segura.....	18
2.2.10 Momentos de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.....	19
2.2.11 Como se aplica la lista de verificación.....	20
2.2.12 Eventos adversos.....	21
2.2.13 Medidas para combatir eventos adversos.....	23
2.2.14 Antes de la inducción de la anestesia	24
2.2.15 Antes de la incisión cutánea.....	27
2.2.16 Antes de que el paciente salga del quirófano.....	31
2.2.17 Lista de verificación o checklist	32
2.3. MARCO LEGAL.....	35
CAPÍTULO III.....	37
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	37
3.1 Tipo de estudio	37
3.2 Población y muestra	37
3.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	37
3.5 Técnica de procesamiento y análisis de datos.....	38
VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN	39
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	41
DISCUSIÓN.....	52
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES.....	55
REFERENCIAS	56
ANEXOS.....	59

ÍNDICE DE GRÁFICO

GRÁFICO 1: ¿Qué edad tiene usted?	41
GRÁFICO 2: ¿A qué sexo pertenece usted?	42
GRÁFICO 3: ¿Cuál es la función que desempeña usted actualmente?	43
GRÁFICO 4: ¿Cuántos años de experiencia tiene?	44
GRÁFICO 5: ¿Conoce la existencia de la lista de verificación en el área?..	45
GRÁFICO 6: ¿Ha recibido capacitaciones sobre la cirugía segura?	46
GRÁFICO 7: Cada que tiempo recibe capacitación sobre la cirugía segura	47
GRÁFICO 8: ¿Usted aplica la lista de verificación de cirugía segura en los procesos quirúrgicos.....	48
GRÁFICO 9: ENTRADA	49
GRÁFICO 10: PAUSA	50
GRÁFICO 11: SALIDA.....	51

RESUMEN

La Lista de Verificación de Cirugía Segura es una herramienta utilizada por los profesionales inmersos en el área de cirugía, la que les permite mejorar la seguridad de sus operaciones y por ende reducir el número de complicaciones y eventos adversos innecesarios. Por lo expuesto nuestro **Objetivo** de esta investigación fue determinar el cumplimiento de la lista de verificación de la cirugía segura en un hospital pediátrico de la ciudad de Guayaquil, **tipo de estudio**: Descriptiva, cuantitativa, prospectivo y de corte transversal. **Población** conformada por cirujanos, anestesiólogos, residentes de cirugía enfermeras instrumentistas y circulantes, **Instrumentos** Guía de observación directa y cuestionario de preguntas (encuesta). **Resultados** características demográficas: edad 31 a 40 años (40%), sexo mujer (60%), función anestesiólogo (30%), experiencia de 1 a 5 años (30%), conocimiento: sobre si conoce la lista de verificación segura, (90%) si recibe capacitación y el 65% recibe una vez por mes, el 90% confirma la identidad del paciente, el 85% marca el sitio quirúrgico, el 95% comprueba los aparatos de anestesia y el 100% coloca el Pulsioxímetro al paciente. **Discusión**, según Guamán en Ecuador en el 2015, la morbimortalidad disminuye con el cumplimiento de la lista de verificación segura, lo cual concuerda con nuestro estudio. **Conclusión**: El equipo quirúrgico cumple con determinados parámetros que la OMS ha establecido en la lista verificación segura y en un mínimo porcentajes son omitidos ciertos ítems por el equipo quirúrgico.

Palabras clave: Lista de cirugía segura, Equipo Quirúrgico, Cumplimiento, pacientes, eventos adversos.

ABSTRACT

The Safe Surgery Checklist is a tool used by professionals immersed in the area of surgery, which allows them to improve the safety of their operations and therefore reduce the number of complications and unnecessary adverse events. Therefore, our **objective** of this investigation was to determine compliance with the safe surgery checklist in a pediatric hospital in the city of Guayaquil, **type of study**: descriptive, quantitative, prospective, and cross-sectional. **Population** made up of surgeons, anesthesiologists, surgical residents, instrumentalist nurses and circulators, **Instruments**, Direct observation guide and questionnaire of questions (survey). **results**: Demographic characteristics age 31 to 40 years (40%), sex female (60%), anesthesiologist function (30%), experience 1 to 5 years (30%), knowledge: on whether you know the safe checklist, (90%) if they receive training and 65% receive once a month, 90% confirm the identity of the patient, 85% mark the surgical site, 95% check the anesthesia devices and 100% place the Pulse Oximeter at patient. **Discussion**, according to Guamán in Ecuador in 2015, morbidity and mortality decreases with compliance with the safe checklist, which is consistent with our study. **Conclusion**: The surgical team complies with certain parameters that the WHO has established in the safe checklist and in a minimum percentage certain items are omitted by the surgical team.

Keywords: safe surgery-surgical team-compliance-patient-complications.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como propósito determinar el cumplimiento de la lista de verificación de la cirugía segura en un hospital pediátrico de la ciudad de Guayaquil, año 2019. El centro quirúrgico es un área especializada que exige al equipo quirúrgico estar preparado para proporcionar atención calificada a los pacientes, con minimización de los riesgos inherentes a los mismos, en esta unidad compleja el equipo se prepara con diversas situaciones que pueden ser percibidas como estresantes y que requieren alto grado de responsabilidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2008 implementa el programa “cirugía segura, salva vidas” en la que se encuentra normas básicas para todo el mundo, estas contienen la lista de cirugía segura utilizada para mejorar la seguridad en la atención del usuario quirúrgico de manera rápida y eficaz en el ámbito operatorio, preoperatorio, intraoperatoria y post operatorio. La lista contiene pautas de verificación de material, insumos, sitio operatorio, probables riesgos, funcionamiento adecuado de equipos quirúrgicos e información respecto al paciente (1).

En Latinoamérica, los países que integran el IBEAS (estudio sobre la seguridad de los pacientes en hospitales de Latinoamérica), desarrollado en cinco países (México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia), señala que la incidencia de los eventos adversos en cuanto a la cirugía fue de 11.85% y la evitabilidad de 65% (2). La población pediátrica puede ser caracterizada como vulnerable a la ocurrencia de eventos adversos en el área de la salud. En algunas situaciones, tales como ser sometido a cirugía, así como en los adultos, esas reacciones son potencializadas (3). Los eventos adversos estaban relacionados con: los procesos en el 13.27%, uso de medicación 8.23%, infecciones nosocomiales 37.14%, algún procedimiento 28.69% y diagnóstico 6.15%. En estos países en desarrollo, el mal estado de las infraestructuras y del equipo, la irregularidad del suministro y calidad de los medicamentos, las deficiencias en la gestión organizativa, la deficiente capacidad y formación del personal, la grave escasez de recursos; son

algunos factores que contribuyen a aumentar el problema de inseguridad quirúrgica del paciente pediátrico (2).

Es aquí donde el programa de seguridad en la cirugía y la implementación de la lista de verificación surgen como propuestas para garantizar que los equipos quirúrgicos de salud adopten de forma sistemática medidas esenciales para minimizar los riesgos evitables que comúnmente ponen en peligro el bienestar y la vida del paciente quirúrgico, además de proporcionar un conjunto sencillo y eficiente de controles prioritarios para mejorar la eficacia del trabajo en equipo, la comunicación, y fomentar la concientización activa de la seguridad del enfermo (4).

El Ministerio de Salud en el año 2010 estableció la guía técnica de implementación de la lista de verificación de cirugía segura, con el objetivo de estandarizar el proceso en las diversas instituciones de salud como una herramienta indispensable para brindar una cirugía segura, lo cual es sencilla y práctica que puede ser aplicado por un coordinador del equipo quirúrgico, se recomienda que lo realice la enfermera circulante para garantizar de forma efectiva y oportuna las medidas correctivas, a fin de evitar la ocurrencia de eventos adversos prevenibles durante las intervenciones quirúrgicas, sin embargo el compromiso, la voluntad, la cultura de seguridad y la motivación de los miembros del equipo quirúrgico son esencial para la adherencia a la aplicación de lista de verificación de cirugía segura , de esta manera reducir el número de complicaciones evitables (2).

En Ecuador, la lista de verificación ha sido implementada como normativa por parte del MSP y abarca aspectos importantes de la seguridad como inadecuadas prácticas anestésicas, infecciones quirúrgicas evitables y escasa comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico, problemas que suponen riesgo mortal y que se podrían evitar (5). Sin embargo, más del 25% de los pacientes enfrentan complicaciones después de someterse a una cirugía que requiere hospitalización y la tasa de mortalidad bruta reportada después de una cirugía mayor oscila entre 0.5 y 5%. Aun así, por lo menos 50% de las complicaciones quirúrgicas pueden prevenirse (6)

Los hospitales de Guayaquil que corresponde al tercer nivel de atención, que se encuentran cumpliendo con esta disposición aplican múltiples estrategias para dar a conocer al personal la lista de verificación. Sin embargo, la concientización sobre el impacto que esta tiene en la seguridad de los procedimientos no es sencillo de alcanzar y se ha vuelto una acción desgastante y desmotivadora para la organización o para los responsables de ejecutar la aplicación de lista (7)

Este trabajo de investigación determina el cumplimiento del equipo quirúrgico en la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura en un hospital pediátrico de la ciudad de Guayaquil, año 2019, para una mejor comprensión ha sido dividida en los siguientes capítulos:

Capítulo I: Introducción, planteamiento del problema, justificación y objetivos

Capítulo II: Fundamentación conceptual, antecedentes de la investigación.

Capítulo III: Análisis de los resultados de la investigación, conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Alrededor del mundo se han detectado diferentes problemáticas en los servicios de salud, las cuales han sido discutidas por diferentes entidades reguladoras de la calidad de los servicios brindados por las casas de salud, entre las cuales la más destacada es la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual en su constante afán por brindar una mejor calidad de vida a los pacientes, ha planteado estrategias para mejorar la calidad de los servicios brindados por los sistemas de salud por parte de los países que la conforman. En países en vías de desarrollo, como Ecuador, se ha demostrado que hay una elevada tasa de morbi-mortalidad en intervenciones quirúrgicas realizadas en los hospitales debido a múltiples causas, algunas de las cuales pueden ser prevenidas y evitadas (8).

La seguridad del paciente es uno de los objetivos principales en las instituciones de salud y está relacionada directamente con la calidad de la atención proporcionada, la cual se refleja en la incidencia de eventos adversos ocurridos en cualquier unidad médica. Los eventos adversos representan daños que en ocasiones son irreversibles, lo cual se traduce en un aumento de costos en el sector salud. Se estiman que estos eventos afectan a un 10% de los pacientes admitidos en los hospitales y pueden incluso llevarlos a la muerte; sin embargo, ese porcentaje se basa en cifras y reportes de países desarrollados, por lo que se puede proyectar otro pronóstico para los países en vías de desarrollo. Además, las especialidades que presentaron mayor número de sucesos adversos fueron las quirúrgicas (9).

En los quirófanos de nuestro país, el no cumplimiento de la lista de verificación para una cirugía segura ha mantenido un distanciamiento entre los profesionales que conforman el equipo quirúrgico, y se ha dejado de lado la seguridad y el bienestar del paciente. Esta falta de comunicación entre los miembros que conforman el equipo quirúrgico y más aún con los miles de pacientes que son intervenidos quirúrgicamente cada año, ha llevado a una cadena de errores con la producción de eventos adversos y en algunos casos a la muerte.

El Departamento de Cirugía del Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert está conformado por un equipo multidisciplinario especializado en el diagnóstico y tratamiento de niños y niñas con patologías de resolución quirúrgica. Cubrimos un espectro de acción muy amplio que incluye lesiones de todos los aparatos y sistemas de pacientes desde el primer día de vida hasta los menores de 18 años (10). La infraestructura del departamento Quirúrgico está conformada por instalaciones ubicadas estratégicamente, con accesibilidad adecuada, desde cualquiera de los servicios que interactúan en la atención de pacientes de cirugías ambulatorios u hospitalizados, con lesiones leves, moderadas o severas (10).

Actualmente en nuestro país se han establecido códigos y leyes contra la mala práctica profesional, por lo que el cumplimiento de normas y protocolos en las instituciones de salud se torna indispensable y obligatorio. Es por esto que este estudio intenta determinar el cumplimiento y aplicación de la lista de chequeo de la seguridad de la cirugía establecida por la OMS, por parte del equipo quirúrgico de dicho hospital, pero desde la perspectiva del cumplimiento, estableciendo su calidad en cuanto a su perfil de seguridad dentro de quirófano.

En la experiencia desarrollada en las prácticas de especialidad se pudo constatar que el equipo quirúrgico considera que la lista de verificación de cirugía segura es importante, sin embargo, reconocen que su cumplimiento no es fácil. Una de las barreras es que la opinión de los distintos profesionales del equipo quirúrgico en cuanto a la aplicación del listado de verificación de cirugía segura es muy diversa, no todos están de acuerdo que el LVCS favorece la comunicación y previene errores, sin embargo, la mayoría piensa que ayuda a identificar problemas

(9). Nuestro trabajo se relaciona con la línea de investigación control de epidemias, medicina tropical y enfermedades infecciosas en la sub-línea de vigilancia epidemiológica.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas que presentan el personal que conforma el equipo quirúrgico del hospital pediátrico de la ciudad de Guayaquil, año 2019?
2. ¿Cuál es el conocimiento que tiene el personal del equipo quirúrgico sobre la lista de verificación de la cirugía segura del hospital pediátrico de la ciudad de Guayaquil, año 2019?
3. ¿Cuál es el cumplimiento de parte del equipo quirúrgico sobre la lista de verificación de la cirugía segura en la entrada, pausa y salida quirúrgica en el hospital pediátrico de la ciudad de Guayaquil, año 2019?

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se realiza con el fin de determinar el cumplimiento de la lista de verificación por parte de enfermería en las cirugías realizadas en un hospital pediátrico de la ciudad de Guayaquil. La implementación de prácticas seguras, que permitan evitar eventos adversos en los actos quirúrgicos es una prioridad en la atención de salud. Surge, por lo tanto, la necesidad de implementar una herramienta que es la lista de comprobación previo al acto quirúrgico, que garantice el cumplimiento de aquellas prácticas imprescindibles (11).

La seguridad del paciente constituye un aspecto fundamental en la prestación de servicios de salud. En junio de 2008, la Alianza Mundial por la seguridad del paciente, lanzó su segundo reto de seguridad: la campaña “Cirugía segura salva vidas”, cuyo propósito era mejorar la seguridad de las cirugías en todo el mundo definiendo un conjunto básico de normas que puedan aplicarse en cualquier país (12).

Tras el lanzamiento de la campaña por la OMS, se procedió a desarrollarla en los diferentes países y a implementar la aplicación de la lista de chequeo en todos los procedimientos quirúrgicos. En las instituciones de salud de nuestro país ya se está aplicando la lista de chequeo de la seguridad de la cirugía de la OMS, pero todavía no se aplica correctamente, el personal de salud no está capacitado o no conoce sobre el contenido de esta lista, no se ha determinado quien es la persona encargada de aplicarla, entre otras falencias, lo que repercute en el paciente, en como siente que es cuidado en el quirófano (13).

Pero mientras estas medidas no se implementen de forma generalizada en los centros hospitalarios, no se dispone de información sobre la opinión que tienen los usuarios de los servicios de salud sobre la seguridad de la asistencia sanitaria. Es necesario que la evaluación de los programas dirigidos a la detección de fallos en la seguridad de los servicios sanitarios también se base en la opinión del paciente como principal ‘usuario’ de dichos programas.

El paciente que es intervenido quirúrgicamente tiene el papel central es quien deposita toda su confianza en el equipo quirúrgico, si bien la cirugía tiene eventos adversos no deseados, del cual si no se toma el interés de minimizarlos crea la desconfianza de la población en general hacia estos profesionales. Este estudio es de suma importancia para el equipo quirúrgico pediátrico ya que a través de esto van a expresar sus vivencias aspectos que obstaculicen las adecuada aplicación de la lista de la cirugía segura del cual se pretende sensibilizar a todos los miembros del equipo quirúrgico y con esto minimizar los eventos adversos presentes en una cirugía mejorando la confianza del paciente, familia y de la sociedad hacia el equipo quirúrgico (9).

Algunos alcances que surgirían de la investigación servirían para superar limitaciones identificadas en su ejecución, proponer sugerencias y acciones viables para su correcto cumplimiento, garantizando el cuidado holístico, humano en un acto quirúrgico seguro. También el estudio serviría de base para futuras investigaciones en donde se estudie la implementación de la lista de verificación de cirugía segura, factores asociados al cumplimiento de esta herramienta, utilidad y utilización que le otorgan el equipo quirúrgico.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el cumplimiento de la lista de verificación de la cirugía segura en un hospital pediátrico de la ciudad de Guayaquil, año 2019.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir las características demográficas del personal que conforma el equipo quirúrgico del hospital pediátrico de la ciudad de Guayaquil, año 2019.
2. Evaluar el conocimiento que tiene el personal del equipo quirúrgico sobre la lista de verificación de la cirugía segura del hospital pediátrico de la ciudad de Guayaquil, año 2019.
3. Verificar el cumplimiento de parte del equipo quirúrgico sobre la lista de verificación de la cirugía seguirá en la entrada, pausa y salida quirúrgica en el hospital pediátrico de la ciudad de Guayaquil, año 2019.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Para la realización de este trabajo de titulación se consultó y analizó estudios e investigaciones de varios autores de diferentes países con un tiempo aproximado de 5 años y es así como:

Guamán (2015, Ecuador) en su estudio realizado en el Hospital Pediátrico “Baca Ortiz” de la ciudad de Quito (MSP), nos menciona que se realizaron 13814 procedimientos quirúrgicos de los cuales 2241 (16.2%) correspondieron al servicio de Cirugía Pediátrica; mientras que en el Hospital Metropolitano una institución de carácter privado se realizaron 5601 intervenciones quirúrgicas de las cuales 432 corresponden a procedimientos realizados por el servicio de cirugía infantil de dicha casa asistencial, se presentaron eventos mórbidos en ambas instituciones, no se registró mortalidad; en el Baca Ortiz 19(75) casos 25,33% y en el Metropolitano 5(75)casos 6,6%, riesgo de prevalencia: 4,75 (IC 95% : 1,66 - 13,51) , $p < 0,004$. Se concluye que, con el cumplimiento adecuado de la lista de verificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud durante los procedimientos de cirugía mayor en pacientes pediátricos, encontramos que existe una disminución significativa de las complicaciones (14).

Moreta (2015, Quito) nos menciona en su investigación que, en el marco de los esfuerzos desplegados por la Organización Mundial de la Salud por reducir el número de defunciones de origen quirúrgico en todo el planeta, el departamento de Seguridad del Paciente de la OMS creó el programa La Cirugía Segura Salva Vidas. El programa pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar importantes cuestiones de seguridad, como las inadecuadas prácticas de seguridad anestésicas, las infecciones quirúrgicas evitables y la escasa comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico. Se ha comprobado que estos son problemas habituales, que comportan riesgo mortal y podrían evitarse en todos los países y entornos (15).

Rivero (2015, México) detalla en su investigación que la seguridad del paciente en cirugía es el segundo reto de la Organización Mundial de la Salud, ya que el 25% de las hospitalizaciones quirúrgicas presentan complicaciones relacionadas con errores técnicos y el 70% de los eventos adversos se consideran prevenibles; por esta razón se crea la lista de verificación de cirugía segura (LVCS), para reforzar las prácticas de seguridad (16).

Solor (2015, Cuba), en su artículo de revisión nos menciona que anualmente se realizan 234 millones de procedimientos quirúrgicos mayores en los países más desarrollados del mundo. Este aumento ha conllevado, un incremento del registro de complicaciones importantes que se ha mensurado entre un 3 y 16 % de los procedimientos quirúrgicos que requieren ingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0,4-0,8 % aproximadamente. Estos resultados demuestran que la atención sanitaria, aunque está orientada a la mejora de la salud, es una actividad no exenta de riesgo, por lo que es necesario trabajar en mejorar la seguridad del paciente. La Alianza Mundial para la seguridad del paciente creó la iniciativa que "La cirugía segura salva vidas" como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por reducir en todo el mundo el número de muertes en el acto quirúrgico (11).

Taporosky (2017, Brasil), en su revisión sistemática concluyó que los checklists de seguridad quirúrgica se consideran instrumentos para coordinar la asistencia, promover la unión del equipo y reducir las complicaciones postoperatorias tales como neumonía, embolismo pulmonar, trombosis vena profunda, infección del sitio quirúrgico, retorno no planificado al quirófano, pérdida de sangre, muerte, dehiscencias de suturas, accidente cerebrovascular, infarto agudo de miocardio, insuficiencia vascular del injerto, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, shock séptico, paro cardíaco e insuficiencia renal aguda (17).

Félix (2016, México), señala en su estudio que, en el mundo, cada año se realizan 234 millones de cirugías en los países más desarrollados, lo que equivale a una operación por cada 25 personas. Este aumento de sucesos ha generado complicaciones de un 3 - 16 % de los procedimientos quirúrgicos

que requieren ingresos, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0-8% aproximadamente. La OMS en el año 2008, insta a los países a fortalecer el segundo reto de la seguridad del paciente “La cirugía segura salva vidas” para atender la problemática de los procesos quirúrgicos que acontecen en el mundo y promueve el uso de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía como herramienta para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente en la atención quirúrgica (12).

2.2. MARCO CONCEPTUAL

La Cirugía Pediátrica es la especialidad que tiene por fundamento la aplicación del saber y que hacer médico-quirúrgico en el periodo de la vida humana que se extiende desde la concepción hasta el fin de la adolescencia. En consecuencia, el programa de formación comprende necesariamente todos aquellos conocimientos de la cirugía pediátrica que se estiman básicos para esta especialidad y que se detallan en el contenido y desarrollo de este. Su campo de acción abarca prácticamente todos los aspectos de la cirugía (18).

2.2.1 Seguridad del paciente:

La Seguridad del Paciente (SP), o el intento consciente de evitar lesiones al paciente causado por la asistencia, son un componente esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica. Solo recientemente a la luz de datos objetivos, la Seguridad del Paciente ha comenzado a considerarse una cuestión primordial en la práctica sanitaria. Este artículo explora las definiciones, procesos y estrategias encaminados a reducir la probabilidad de aparición de fallos del sistema y errores de las personas, aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias (19).

2.2.2 Prácticas seguras:

Son los tipos de procesos o estructura cuya aplicación reduce la probabilidad de eventos adversos y que procuran prevenir, minimizar o eliminar el riesgo asociado a la práctica clínica. Se debe entender que la seguridad de la atención de salud incluye al paciente y al usuario; en este contexto, las prácticas seguras descritas se aplicaran en función de las necesidades de las personas con o sin patología (20).

Las prácticas establecidas para la seguridad del paciente-usuario son de tres tipos:

1.- Prácticas seguras administrativas:

- Identificación correcta del paciente
- Programa de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos (21).

2.- Prácticas seguras asistenciales:

- Control de abreviaturas peligrosas
- Manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo
- Control de electrolitos concentrados
- Conciliación de medicamentos
- Administración correcta de medicamentos (21).
- Administración de antibióticos profilácticos en procedimientos quirúrgicos
- Profilaxis de trombo embolismo venoso
- Prevención de úlceras por presión (21).

3.- Prácticas seguras administrativas - asistenciales:

- Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente
- Prácticas quirúrgicas seguras
- Transferencia correcta de información de los pacientes en puntos de transición (21).
- Manejo correcto de las bombas de infusión
- Higiene de manos (21).
- Prevención de caídas
- Educación en seguridad del paciente

2.2.3 Prácticas quirúrgicas seguras

Se estima que cada año se realizan 234 millones de cirugías mayores alrededor del mundo, lo que equivale a una cirugía por cada 25 personas. Sin embargo, más del 25% de los pacientes enfrentan complicaciones después de someterse a una cirugía que requiere hospitalización y la tasa de mortalidad bruta reportada después de una cirugía mayor oscila entre 0.5 y 5%. Aun así, por lo menos 50% de las complicaciones quirúrgicas pueden prevenirse (22).

En los servicios quirúrgicos se presentan con frecuencia eventos adversos que afectan a los pacientes hospitalizados, estos eventos son prevenibles si se utiliza correctamente las herramientas pertinentes de

seguridad del paciente como por ejemplo a lista de verificación de cirugía segura, sugerida por la Organización Mundial de la Salud (21).

La lista de verificación de Cirugía Segura es una herramienta utilizada por los profesionales clínicos que permite mejorar la seguridad de sus operaciones, reducir el número de complicaciones y reducir defunciones quirúrgicas innecesarias. Se ha demostrado que su uso se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales, entornos y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básica (23).

2.2.4 Equipos quirúrgicos seguros

El trabajo en equipo es básico para el funcionamiento eficaz de los sistemas en que participan muchas personas. En la sala operatoria, suele existir mucha tensión y hay vidas en juego, por lo tanto, el trabajo en equipo es un componente esencial de una práctica segura. La calidad del trabajo en equipo depende de la cultura del equipo 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 (14).

2.2.5 Seguridad de la anestesia

Las complicaciones anestésicas siguen siendo una causa importante de muerte operatoria en todo el mundo, a pesar de las normas de seguridad y seguimiento que han reducido significativamente el número de discapacidades y muertes evitables en los países desarrollados. Hace 30 años, el riesgo estimado de muerte de un paciente sometido a anestesia general era de 1 en 5000. Con los avances de los conocimientos y las normas básicas de atención, el riesgo se ha reducido a 1 en 200 000 en países desarrollados; es decir, un riesgo 40 veces menor. Lamentablemente, 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 (14).

2.2.6 La figura del médico responsable, tratante o de “cabecera”

Las actitudes conductuales son diferentes en un mismo profesional cuando se trata de la actividad privada y pública. Principalmente en lo referente a la responsabilidad que se adquiere frente a los pacientes en cada sector. Cuando se trata del ámbito privado existe claramente la figura del médico tratante, que conduce a un paciente durante su tratamiento, en este caso quirúrgico, y asume la responsabilidad antes, durante y después del procedimiento operatorio. En el ámbito público esta responsabilidad es menor y la gran mayoría de los médicos consideran que los pacientes son de la institución, o del servicio que los alberga, y no asume la atención personalizada de los pacientes (14).

La ley de derechos de los pacientes señala que, tienen el derecho de conocer el nombre del médico tratante, pero no dice que cada paciente tiene derecho a tener un médico tratante, no es posible precisar con qué información los pacientes o sus familiares escogen al médico tratante en el ámbito público. Para cumplir con ello se debe conformar equipos quirúrgicos que puedan ofrecer una cobertura total al paciente, especialmente cuando el médico tratante no hace presencia en la institución de salud por cuestión de su rol de trabajo. Esto es un tema pendiente que las instituciones y sus autoridades resolver (14).

2.2.7 Responsabilidad profesional y Cirugía

Diego Gracia señala en la cuarta tesis de su artículo sobre Ética y Responsabilidad profesional, “...las vías clásicas de control y fomento de la ética profesional han resultado ser muy poco eficaces, y que hoy es preciso plantear el tema de la responsabilidad ética de los profesionales desde perspectivas nuevas y con criterios distintos de los clásicos, como son la calidad total y la excelencia, que ya parecen estar dando importantes frutos en otros campos” (14).

2.2.8 Acciones de los establecimientos y equipo de salud

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, a partir del año 2013, adopto como normativa para realizar las prácticas quirúrgicas seguras el

manual de normas internacionales de la OMS, considerando además los siguientes aspectos (21):

Previo al procedimiento quirúrgico se adjuntará y verificará en la Historia Clínica los siguientes formularios:

- Lista de verificación segura OMS adaptada
- Consentimiento quirúrgico informado
- Consentimiento de anestesia
- Consentimiento de transfusión sanguínea
- Lista de verificación (prequirúrgica) para la preparación del paciente quirúrgico.

2.2.9 Cumplimiento de la lista de verificación segura

La palabra cumplimiento refiere a la acción y efecto de cumplir con determinada cuestión o con alguien. En tanto, por cumplir, se entiende hacer aquello que se prometió o convino con alguien previamente que se haría en un determinado tiempo y forma, es decir la realización de un deber o de una obligación. Con el asesoramiento de cirujanos, anestesistas, enfermeros, expertos en seguridad para el paciente, se edita la lista de chequeo de cirugía segura, también denominada lista de verificación o Checklists, la cual es una lista de comprobación y cumplimiento que sirve de guía y permite recordar los puntos que deben ser inspeccionados en función de los conocimientos que se tienen sobre las características y riesgos de la cirugía (24).

Se ha demostrado que su uso se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales y entornos y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básicas. Para ello esta estrategia de seguridad, propone objetivos para el equipo quirúrgico-anestésico actuante, estableciendo la lista de chequeo de cirugía segura, como instrumento para lograrlo. Existen tres principios aplicables a la Lista de Chequeo que son: Simplicidad, Amplitud de Aplicación y Mensurabilidad (24).

- **Simplicidad:** Una lista exhaustiva de normas y directrices podría mejorar la seguridad del paciente, pero la exhaustividad dificultaría su

uso y difusión, y probablemente se encontrarían con una resistencia considerable. El atractivo que tiene la simplicidad en este contexto no es desdeñable. Las medidas poco complicadas son las más fáciles de establecer y pueden tener efectos profundos en un amplio abanico de entornos (24).

- **Amplitud de Aplicación:** De habernos centrado en un entorno concreto con determinados recursos habría cambiado el tipo de cuestiones debatidas (por ejemplo, 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 (24).
- **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. Si se cumplen los tres principios anteriores es posible que se logre aplicar la Lista de chequeo con éxito. La inclusión de cada medida de control en la Lista de chequeo está basada en pruebas clínicas o en la opinión de los expertos de que dicha inclusión reduciría la probabilidad de daño quirúrgico grave evitable y probablemente no conlleve a lesiones ni costos irrazonables (24).

2.2.10 Momentos de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura

En los establecimientos de salud que realicen intervenciones quirúrgicas, se aplicara Lista de Verificación de Cirugía Segura, de acuerdo con lo establecido por el Ministerio de Publica del Ecuador. En la misma se reflejarán los tres momentos durante la cirugía relacionados con el proceso de la aplicación de la lista que incluye (21):

- a) Entrada (antes de la inducción de la anestesia)
- b) Pausa quirúrgica (antes de la incisión cutánea)
- c) Salida (antes que el paciente salga de quirófano)

Entrada: se tendrá en cuenta la verificación de la identidad, sitio quirúrgico, procedimiento y consentimiento verbal y escrito del paciente, el control formal del instrumental anestésico, medicación y riesgo anestésico, Pulsioxímetro, capnógrafo, estado de las vías aéreas, riesgo de aspiración y riesgo de hemorragia. En este momento es importante confirmar la reserva de hemoderivados con el laboratorio (21).

Pausa quirúrgica: se identificará el equipo quirúrgico, se tendrá presente la previsión de eventos críticos. El equipo de enfermería o instrumentistas quirúrgicos, revisaran la esterilidad, el recuento inicial del material blanco e instrumental quirúrgico. En este momento es imprescindible confirmar la administración de la profilaxis antibiótica (21).

Salida: Se verificará el recuento final de material blanco e instrumental quirúrgico, el empaquetamiento del paciente, confirmas el procedimiento realizado, clasificación de la herida, toma de muestras correcto etiquetado y señalar tipo de examen), problemas relacionados con el instrumental y los equipos. El equipo quirúrgico revisa los aspectos principales de la recuperación del paciente (21).

Si uno de los ítems dentro de los momentos que establece la lista de verificación de cirugía segura es registrado como positivo, debe ser comunicado inmediatamente al líder del equipo quirúrgico para la toma de decisiones posterior registro de la historia clínica. Toda decisión debe garantizar la seguridad del paciente (21).

2.2.11 Como se aplica la lista de verificación.

En primer lugar, solo una persona será la encargada de aplicar y llenar la lista de verificación durante un procedimiento quirúrgico; comúnmente el coordinador de la lista será quien haga las funciones de circulante, aunque podría ser cualquier profesional sanitario que participe en la cirugía. La lista de verificación consta de tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (Entrada – sign in), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica – time out), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente

posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (Salida – sign out) (14).

En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se debe permitir que el coordinador confirme que el equipo ha completado sus tareas. A medida que los equipos quirúrgicos se habitúen con los pasos de la lista de verificación, podrán integrar los controles en sus esquemas de trabajo habituales y anunciar en voz alta la ejecución de cada uno de esos pasos sin necesidad de intervención explícita por parte del coordinador. Para llegar al éxito durante la aplicación de la lista de verificación, es mandatorio que sea dirigido por una sola persona; es fácil que se escape alguno de los pasos durante los acelerados preparativos preoperatorios, intraoperatorios o postoperatorios (14).

La asignación de un coordinador para confirmar la ejecución de cada uno de los puntos de la lista de verificación puede garantizar que no se omita ninguna medida de seguridad por la premura de pasar a la fase siguiente de la operación. La función primordial de este coordinador será guiar al equipo quirúrgico durante el llenado de la lista de chequeo. Un probable inconveniente de que haya una sola persona encargada de la lista es que podría generarse un antagonismo con otros miembros del equipo quirúrgico. El coordinador además puede y debe impedir que el equipo pase a la siguiente fase de la operación mientras no se haya abordado satisfactoriamente cada uno de los puntos, lo cual puede provocar discordia con otros miembros del equipo (14).

2.2.12 Eventos adversos

Un efecto adverso quirúrgico se define como un resultado desfavorable atribuible a un procedimiento quirúrgico. Los estudios efectuados sobre efectos adversos han constatado la complejidad de su análisis por la variabilidad de los sistemas de registro y la extensa gama de definiciones en la bibliografía para complicaciones postoperatorias tan representativas y concretas como la infección de herida quirúrgica, la fístula anastomótica digestiva o la trombosis venosa profunda. Los procedimientos en sitios incorrectos (que incluyen el lado equivocado, el órgano equivocado, el lugar

equivocado, el implante o la persona equivocados) son poco frecuentes, pero no son un evento “raro” (25).

Se consideran incidentes evitables, que en gran parte son el resultado de una mala comunicación y de una información no disponible o incorrecta. Uno de los principales factores que contribuyen al error es la falta de un proceso preoperatorio estandarizado y probablemente de un grado de automatización del personal (verificar sin pensar) en la forma de encarar las rutinas de verificación preoperatorias. Las complicaciones postoperatorias resultan de la interacción de factores dependientes del paciente, de su enfermedad y de la atención sanitaria que recibe (25).

El estudio de los efectos adversos en cirugía ha adquirido especial relevancia por su frecuencia, porque en parte son atribuibles a deficiencias en la atención sanitaria, por el impacto considerable sobre la salud física y psicológica de los pacientes, por la repercusión económica en el gasto social y sanitario que conllevan, y porque son un instrumento de evaluación de la calidad asistencial. Los efectos adversos que deben centrar el interés son los evitables o prevenibles y, por tanto, susceptibles de intervenciones dirigidas a su prevención. Los efectos adversos quirúrgicos están relacionados con accidentes intraoperatorios quirúrgicos o anestésicos, con complicaciones postoperatorias inmediatas o tardías y con el fracaso de la intervención quirúrgica. Por la gravedad de sus consecuencias, pueden ser leves, moderados, con riesgo vital o fatal, por el fallecimiento del paciente (25).

Se han clasificado en complicaciones de la herida quirúrgica (infección, hematoma, dehiscencia y evisceración), complicaciones de la técnica quirúrgica (hemorragia, fístula o dehiscencia anatómica, infección de la cavidad e iatrogenia intraoperatoria), complicaciones sistémicas (infección respiratoria, infección urinaria, infección de la vía central, infarto de miocardio, trombosis venosa profunda, tromboembolia pulmonar y fracasos orgánicos), fracaso quirúrgico por persistencia o recidiva de la enfermedad o de sus síntomas, y accidentes anestésicos (25).

2.2.13 Medidas para combatir eventos adversos

Las infecciones del sitio quirúrgico son responsables de entre el 15-20% de las infecciones nosocomiales, por lo que constituyen un grave problema de salud, ya que se asocian a elevada morbilidad y aumento de los costos de hospitalización, tanto por la prolongación de la estadía hospitalaria como por la necesidad de utilizar medicamentos e insumos de alto costo, como son los antibióticos de última generación y amplio espectro. De ahí la importancia de conocer los principios básicos que se deben considerar en la preparación de un paciente que será sometido a una intervención quirúrgica (25).

En términos de seguridad del paciente las complicaciones perioperatorias son una de las tres causas más comunes de eventos adversos. Las complicaciones más frecuentes de la cirugía están relacionadas con la herida quirúrgica, con la técnica, con las repercusiones sistémicas. A pesar de que muchos eventos relacionados con estos procedimientos son difíciles de evitar, se han ensayado acciones capaces de reducir algunos de ellos (listas de verificación, identificación de pacientes de riesgo, etc.) Estas actuaciones se relacionan con el segundo Reto Mundial de la OMS por la Seguridad del Paciente: La Cirugía Segura salva vidas (25).

Desde esa iniciativa internacional se trabaja en un instrumento de tipo "Checklists": una lista de verificación simple, con un conjunto básico de recomendaciones, y un listado de comprobación de seguridad a realizar ante un acto quirúrgico. También en la definición de un conjunto mínimo de estándares básicos de práctica, sencillos de implantar, de aplicar y medir. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente empezó a trabajar en este reto en enero de 2007 (25).

El objetivo es mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo, definiendo para ello, un conjunto básico de normas de seguridad que puedan aplicarse en todos los Estados Miembros de la OMS. Con este fin, se reunieron grupos de trabajo compuestos por expertos internacionales cuyo trabajo definió áreas de mejora en seguridad, líneas de acción y objetivos esenciales que todo equipo quirúrgico debería alcanzar durante la atención

quirúrgica. Esos objetivos se condensaron en la “Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía” (25).

La lista pretende ser una herramienta sencilla a disposición de los profesionales sanitarios, para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los efectos adversos evitables. El segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente pretende mejorar los resultados quirúrgicos de todos los pacientes. Para ello, se necesita un sólido compromiso político y que haya en todo el mundo, grupos de profesionales dispuestos a abordar los problemas comunes (y potencialmente mortales) que conlleva una atención quirúrgica poco segura (25).

Procedimiento detallado

2.2.14 Antes de la inducción de la anestesia

Estos controles de seguridad han de llevarse a cabo antes de la inducción de la anestesia para confirmar la seguridad del procedimiento. Se requiere la presencia al menos del anestesiólogo y del personal de enfermería. El Coordinador de la lista podrá rellenar esta parte de una sola vez o secuencialmente, en función de cómo se desarrolle la preparación para la anestesia (5).

A continuación, se explican pormenorizadamente las distintas medidas de seguridad:

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

El Coordinador confirma verbalmente:

- La identidad del paciente
- El tipo de intervención prevista
- El lugar anatómico de la intervención
- El consentimiento del paciente para su realización (5).

Aunque pueda parecer repetitivo, este punto es esencial para garantizar que no se opera a la persona equivocada o el lugar anatómico equivocado ni se realiza una intervención equivocada. Si el paciente no pudiera confirmar estos datos, como por ejemplo en el caso de niños o pacientes incapacitados, puede asumir esta función un familiar o tutor. En caso de que no estuviera

presente el tutor o un familiar o si se omitiera este paso, por ejemplo, en una emergencia, todo el equipo debe conocer los motivos y estar de acuerdo antes de continuar con el procedimiento (5).

¿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). En el caso de las estructuras mediales (como el tiroides) o únicas (como el bazo), la delimitación del sitio se hará o no según la decisión del cirujano (5).

¿Se ha completado la comprobación del instrumental y la medicación anestésicos?

Para completar este paso, el Coordinador de la lista pedirá al anestesista que confirme que se ha realizado un control de la seguridad de la anestesia, entendido como una inspección formal de (5):

- El instrumental anestésico,
- El circuito
- La medicación
- El equipo de intubación
- Equipo de aspiración de vía aérea
- Del riesgo anestésico del paciente antes de cada intervención.
- El sistema de ventilación (incluidos el oxígeno y los fármacos inhalados) dispositivos y equipos de urgencia (5):

De esta manera cerciorarse que todo esté disponible y en buenas condiciones de funcionamiento.

¿Se ha colocado el Pulsioxímetro y funciona?

El Coordinador de la lista confirmará que al paciente se le haya colocado antes de la inducción de la anestesia un pulsioxímetro y que:

- Funcione correctamente.
- La lectura del dispositivo sea visible para el equipo quirúrgico.

- Utilice un sistema de señal sonora que alerte del pulso y la saturación de oxígeno (5).

¿Tiene el paciente alergias conocidas?

El Coordinador de la lista dirigirá esta pregunta y las dos siguientes al anestesista. Primero, le preguntará si el paciente tiene alergias conocidas y, si es así, cuáles. Si el Coordinador tiene conocimiento de alguna alergia que el anestesista desconozca, debe comunicarle esa información (5).

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

El Coordinador de la lista confirmará 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. Existen múltiples formas de graduar la vía aérea, como la clasificación de Mallampati, la distancia tiromentoniana o la escala de Bellhouse-Doré (5).

La evaluación objetiva de la vía aérea con un método válido es más importante que el método elegido en sí mismo. La muerte por pérdida de la vía aérea durante la anestesia sigue siendo lamentablemente frecuente en todo el mundo, pero puede evitarse con una planificación adecuada (5).

Si el examen de la vía aérea indica un alto riesgo de vía aérea difícil (grado 3 o 4 de Mallampati, por ejemplo), el equipo de anestesia debe estar preparado para una eventual complicación grave en la vía aérea. Ello implica, como mínimo, adaptar el método anestésico (por ejemplo, utilizar anestesia local, si es posible) y tener a mano equipo de emergencia. 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 (5).

Ante un paciente con vía aérea difícil o riesgo de aspiración, sólo debe iniciarse la inducción de anestesia cuando el anestesista haya confirmado que dispone del equipo adecuado y que la asistencia necesaria está presente junto a la mesa de operaciones (5).

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

En este punto, el Coordinador de la lista le preguntará 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. La pérdida de un gran volumen de sangre se encuentra entre los peligros más comunes y graves para los pacientes quirúrgicos, y el riesgo de choque hipovolémico aumenta cuando la pérdida de sangre supera los 500 ml (7 ml/kg en niños). Por consiguiente, si el anestesista no conoce el riesgo de hemorragia del paciente, debe comentarlo con el cirujano antes de dar comienzo a la operación (5).

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. Además, el equipo debe confirmar la disponibilidad de líquidos o sangre para la reanimación. En este punto se ha completado la presente fase y puede procederse a la inducción de la anestesia (5).

2.2.15 Antes de la incisión cutánea

Antes de proceder a la primera incisión, el equipo debe hacer una pausa momentánea para confirmar la realización de varios controles de seguridad esenciales. En estos controles participan todos los miembros del equipo. Hay que confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función. Los miembros de los equipos quirúrgicos puede cambiar con frecuencia. La gestión eficaz de situaciones de alto riesgo requiere que todos los miembros del equipo sepan quién es cada uno y cuál es su función y capacidad (5).

- El nombre del paciente
- El tipo de intervención que va a realizarse
- Su localización anatómica
- La posición del paciente

Ello se puede conseguir con una simple presentación. El Coordinador de la lista 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. Confirmar la identidad del paciente, el procedimiento y el sitio donde se realizará la incisión. El Coordinador de la lista pedirá a los presentes que se detengan y confirmen verbalmente (5):

Así evitar operar al paciente o el sitio equivocados. Por ejemplo, el enfermero circulante anunciaría “Antes de proceder a la incisión” y añadiría “¿Estamos todos de acuerdo en que este es el paciente X, al que vamos a operar de una hernia inguinal derecha?”. El anestesista, el cirujano y el enfermero circulante han de confirmar de forma explícita e individual que están de acuerdo. Si el paciente no está sedado, es conveniente obtener también su confirmación (5):

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

Para reducir el riesgo de infección quirúrgica, el Coordinador de la lista preguntará en voz alta si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores. Si no se hubieran administrado antibióticos profilácticos, deben administrarse en ese momento, antes de la incisión. Si se hubieran administrado más de 60 minutos antes, el equipo debe considerar la posibilidad de administrar una nueva dosis. Cuando la profilaxis antibiótica no se considere necesaria (por ejemplo, si no hay incisión cutánea o en casos de contaminación ya tratados con antibióticos), se marcará la casilla “no procede” una vez confirmado verbalmente por el equipo (5).

Previsión de eventos críticos

La comunicación eficaz entre todo el equipo quirúrgico es fundamental para la seguridad de la cirugía, la eficiencia del trabajo en equipo y la prevención de complicaciones graves. Para garantizar que se comunican cuestiones esenciales sobre el paciente, el Coordinador de la lista dirigirá una

conversación rápida entre el cirujano, el anestesista y el personal de enfermería sobre los principales peligros y los planes operatorios (5).

Para ello, sencillamente puede formularle a cada miembro del equipo la pregunta correspondiente en voz alta. El orden de la conversación no importa, pero cada disciplina clínica debe aportar información y manifestar los aspectos problemáticos. Cuando se trate de procedimientos rutinarios o con los cuales todo el equipo esté familiarizado, el cirujano puede sencillamente anunciar: “Este es un caso rutinario de X tiempo de duración” y preguntar al anestesista y al personal de enfermería si tienen alguna reserva en particular (5).

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 (5).

Asimismo, ofrece la oportunidad de revisar los pasos que puedan requerir equipos, implantes o preparativos especiales. En cirugía mayor el paciente deberá tener dos paquetes de concentrado de glóbulos rojos enlistados en laboratorio clínico (5).

Anestesista: ¿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 —especialmente, la intención de utilizar hemoderivados— y cualquier característica o comorbilidad del paciente (como enfermedades cardiacas o pulmonares, arritmias, hemopatías, etc.) que complique la situación. Se entiende que 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 caso no presenta problemas especiales” (5).

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 enfermero instrumentista, que prepara el instrumental y el equipo necesarios para la operación, debe confirmar verbalmente que se han esterilizado y que en todo el instrumental esterilizado ya sea por calor u otro método, se han verificado los indicadores de esterilidad. Cualquier discrepancia entre los resultados esperados y los resultados reales de los indicadores de esterilidad deberá comunicarse a los miembros del equipo y solucionarse antes de la incisión (5).

Este momento ofrece también la oportunidad de hablar de cualquier problema relacionado con el instrumental y equipos u otros preparativos para la intervención, así como de cualquier duda sobre la seguridad que puedan tener el instrumentista o el enfermero circulante, en particular aquellas que no hayan sido tratadas por el cirujano y el equipo de anestesia (5).

Si no hay cuestiones especiales, el instrumentista puede decir sencillamente:

“Esterilidad comprobada. Ninguna duda al respecto.” ¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?

Los estudios de imagen son fundamentales para garantizar una buena planificación y desarrollo de muchas operaciones, como los procedimientos ortopédicos, medulares y torácicos o muchas resecciones de tumores. Antes de la incisión cutánea, el Coordinador de la lista preguntará al cirujano si el caso requiere algún estudio de imagen. De ser así, el Coordinador confirmará verbalmente que dichas imágenes están en el quirófano y en lugar bien visible para que puedan utilizarse durante la operación (5).

Si se necesitan imágenes, pero no se dispone de ellas, deben conseguirse. El cirujano será quien decida si opera o no sin el apoyo de esas imágenes cuando sean necesarias, pero no estén disponibles. En este punto se ha completado la presente fase y el equipo puede proceder a la operación (5).

2.2.16 Antes de que el paciente salga del quirófano

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. Los controles puede iniciarlos el enfermero circulante, el cirujano o el anestesista y han de llevarse a término antes de que el cirujano salga del quirófano. Pueden simultanearse, por ejemplo, con el cierre de la herida (5).

El enfermero confirma verbalmente:

El nombre del procedimiento

Dado que el procedimiento puede haberse modificado o ampliado en el curso de la operación, el Coordinador de la lista confirmará con el cirujano y el resto del equipo el procedimiento exacto que se haya realizado. Puede hacerse a modo de pregunta: “¿Qué procedimiento se habrá realizado?” o a modo de confirmación: “Hemos llevado a cabo la intervención X, ¿no es así?” (5).

El recuento de instrumentos, gasas y agujas

El olvido de instrumentos, gasas y agujas es un error poco común, pero que sigue ocurriendo y puede resultar catastrófico. El enfermero circulante y el instrumentista deberán por tanto 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) (5).

El etiquetado de las muestras (Lectura de la etiqueta en voz alta, con nombre del paciente)

La rotulación incorrecta de las muestras anatomopatológicas puede ser desastrosa para el paciente y es a menudo una fuente demostrada de errores por parte de los laboratorios. El enfermero circulante confirmará el correcto etiquetado de toda muestra anatomopatológica obtenida durante la intervención mediante la lectura en voz alta del nombre del paciente, la

descripción de la muestra y cualquier detalle orientativo. Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos (5).

Los problemas relacionados con el equipo son habituales en los quirófanos. Es importante identificar los fallos y el instrumental o los equipos que no han funcionado bien para evitar que se vuelvan a utilizar antes de solucionar el problema. El Coordinador de la lista debe cerciorarse de que se identifiquen los problemas relacionados con el instrumental y los equipos que hayan surgido durante la intervención (5).

El cirujano, el anestesista y el enfermero revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente. El cirujano, el anestesista y el enfermero revisarán el plan de tratamiento y recuperación posoperatorio, centrándose en particular en las cuestiones intraoperatorias o anestésicas que pudieran afectar al paciente. Tienen especial importancia aquellos eventos que presenten un riesgo específico para el paciente durante la recuperación y que quizás no sean evidentes para todos los interesados (5).

La finalidad de esta medida es transmitir información fundamental de forma eficiente y adecuada a la totalidad del equipo. Con esta última medida, se completa la Lista de verificación de la seguridad y se inicia el traslado del paciente a sala de recuperación acompañado de enfermera y anestesiólogo (5).

2.2.17 Lista de verificación o checklists

La Organización Mundial de la Salud en junio del 2008, inicio con el programa para la seguridad de los pacientes que recibió el nombre de “La Cirugía Segura Salva Vidas”, cuyo fin es reducir la mortalidad quirúrgica a nivel mundial. El principal objetivo es fortalecer el compromiso del personal de salud para direccionar el tema de seguridad dentro del nivel quirúrgico. Parte de esta iniciativa contenía la introducción de una Lista de Chequeo de Seguridad Quirúrgica, que puede ser adaptada y aplicada en cualquier sala de cirugía. La lista de chequeo de seguridad quirúrgica consta de 19 ítems e identifica 3 fases de una operación: antes de la inducción de la anestesia (sign

in), antes de la incisión en la piel (time out) y antes de que el paciente deje la sala de cirugía (sign out) (14).

Se requiere de un coordinador encargado el cual verifica que cada fase sea completada por el personal adecuado antes de pasar a la siguiente. La lista de verificación es flexible es decir puede ser adaptada y modificada para suplir las necesidades del hospital donde se la aplica, así como adaptarse a la especialidad quirúrgica; además se la debe considerar como una estrategia para mejorar la seguridad de los pacientes en todo tipo de procedimiento quirúrgico tanto dentro como fuera del quirófano, constituyendo así una fuerte defensa para evitar errores y disminuir sus efectos; también estandariza procedimientos para facilitar la coordinación del equipo quirúrgico y representa una línea base para crear y mantener la cultura de seguridad en la sala de cirugía y actuar como un soporte para el control del manejo hospitalario (14).

La evidencia médica reporta que la aplicación de la lista de chequeo tiene beneficios tales como: mejorar la comunicación, el entendimiento y la cohesión entre el equipo quirúrgico, optimizar la calidad del cuidado médico, amplía la conciencia en temas de seguridad en general y reduce el número de errores evitables. Adicionalmente, se ha visto que los profesionales de la salud perciben una disminución importante en el riesgo de sitio quirúrgico incorrecto ya que son más conscientes de este aspecto y sienten que mejora la colaboración entre el equipo quirúrgico. Cabe resaltar que esta estrategia requiere de la disposición y motivación del personal de salud para su buen funcionamiento y la manifestación de sus beneficios y resultados (14).

En los servicios quirúrgicos se presentan con frecuencia eventos adversos que afectan a los pacientes hospitalizados, estos eventos son prevenibles si se utilizan correctamente las herramientas pertinentes de seguridad del paciente como por ejemplo la Lista de Verificación de Cirugía Segura, sugerida por la Organización Mundial de la Salud, OMS, modificada para el Ecuador. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, a partir del año 2013, adoptó como normativa para realizar prácticas quirúrgicas seguras el

Manual de Normas Internacionales de la OMS, considerando además los siguientes aspectos (6):

Previo al procedimiento quirúrgico se adjuntará y verificará en la Historia Clínica los siguientes formularios (6):

- Consentimiento quirúrgico informado.
- Consentimiento de anestesia.
- Lista de verificación de cirugía segura OMS.
- Consentimiento de transfusión sanguínea.

Lista de verificación (prequirúrgica) para la preparación del paciente quirúrgico (6).

2.2.18 Encuesta como técnica de investigación

La encuesta es una búsqueda sistemática de información en la que el investigador pregunta a los investigados sobre los datos que desea obtener, y posteriormente reúne estos datos individuales para obtener durante la evaluación datos agregados. Con la encuesta se trata de "obtener, de manera sistemática y ordenada, información sobre las variables que intervienen en una investigación, y esto sobre una población o muestra determinada. Esta información hace referencia a lo que las personas son, hacen, piensan, opinan, sienten, esperan, desean, quieren u odian, aprueban o desaprueban, o los motivos de sus actos, opiniones y actitudes" (6).

A diferencia del resto de técnicas de entrevista la particularidad de la encuesta es que realiza a todos los entrevistados las mismas preguntas, en el mismo orden, y en una situación social similar; de modo que las diferencias localizadas son atribuibles a las diferencias entre las personas entrevistadas (6).

2.3. MARCO LEGAL

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, promueve la seguridad del paciente como una estrategia de gran notoriedad en la calidad en los servicios de salud. Para el efecto con fecha 7 de noviembre del 2013 adopta la “Lista de Verificación de Cirugía Segura de la OMS”, como normativa para realizar prácticas quirúrgicas seguras, emitiendo el Acuerdo Ministerial No 00004499, el mismo que refiere lo siguiente (5):

“**Art 2:** Disponer que la “Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”, el Manual de Aplicación de la Lista de la OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 2009” y Cirugía Salva Vidas, sean aplicados a nivel nacional obligatoriamente como una Normativa del Ministerio de Salud Pública, para el Sistema Nacional de Salud (Red Pública de Salud y Red Complementaria)” Como complemento y como actividad paralela a la iniciativa de la OMS, el gobierno del Ecuador firma el contrato 067 con fecha 17 de mayo del 2013 con la Acreditadora Canadiense para que 44 hospitales del país tomen como modelo de Calidad y Seguridad en la Atención a las Normas Canadienses dentro de las cuales se encuentra la PRÁCTICA DE CIRUGÍAS SEGURAS (5).

SEGÚN LA CONSTITUCIÓN:

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 (5).

DE ACUERDO CON EL PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR

Cumplir con el **objetivo 3 del Plan Nacional del Buen Vivir**: “Mejorar la calidad de vida de la población” cuyas políticas a seguir son:

- “Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad.
- Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad (5).

Acuerdo Ministerial No 00004499, Art 2: Disponer que la “Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”. El Manual de Aplicación de la Lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 2009” y Cirugía Salva Vidas, sean aplicados a nivel nacional obligatoriamente como una Normativa del Ministerio de Salud Pública, para el Sistema Nacional de Salud (Red Pública de Salud y Red Complementaria)” (5).

CAPÍTULO III

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de estudio

Nivel: Descriptivo ya que nos permitió describir las características del sujeto o población a estudiar sin influir sobre él.

Método: Cuantitativo porque los datos obtenidos se representaron de forma numérica y según el tiempo.

Tiempo: Prospectivo porque fue estudiado en un momento determinado.

Diseño: Según la naturaleza es de corte transversal porque el objeto de estudio se realizó en un solo momento.

3.2 Población y muestra

Estuvo constituido por 3 cirujanos, 5 anesthesiólogo, 2 residente de cirugía, 5 enfermera instrumentista, 5 enfermera circulante del área de quirófano del hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde.

3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Personal del equipo quirúrgico que laboran en el servicio de cirugía del hospital Roberto Gilbert

Criterios de exclusión:

- Personal con cargo administrativo y servicios varios.

3.4 Técnicas y procedimientos para la recolección de datos

Para obtener la información de este trabajo de investigación se elaboró un instrumento (encuesta), para la recolección de la información del equipo quirúrgico la misma que fue estructurada con preguntas cerradas y posteriormente se realizó una prueba piloto para verificar la viabilidad y confidencialidad del instrumento de recolección de la información, de esta manera se evitó los sesgos en el trabajo investigativo.

Se elaboró una guía de observación directa (check list) para la determinación del cumplimiento de las actividades de la lista de verificación de la cirugía segura, por parte del equipo quirúrgico.

3.5 Técnica de procesamiento y análisis de datos

Luego de obtener la información correspondiente los datos fueron consolidados, tabulados e ingresados a una base de datos diseñados por los autores en el programa Microsoft Excel.

VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN

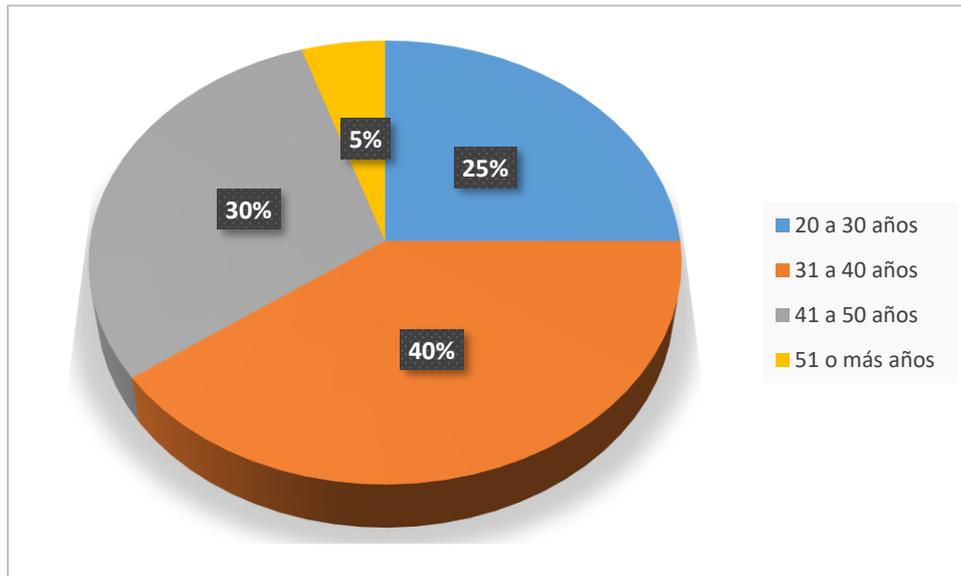
Variable general: Cumplimiento de la lista de verificación de la cirugía segura en un hospital pediátrico de la ciudad de Guayaquil.

DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA	TÉCNICA /MÉTODO	
La Lista de Verificación de Cirugía Segura es una herramienta utilizada por los profesionales clínicos que permite mejorar la seguridad de sus operaciones, reducir el número de complicaciones y reducir defunciones quirúrgicas innecesarias (26).	Características del equipo quirúrgico	Edad	<input type="radio"/> 20 a 30 años <input type="radio"/> 31 a 40 años <input type="radio"/> 41 a 50 años <input type="radio"/> 51 años o más	ENCUESTA	
		Sexo	<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer		
		Función que desempeña	<input type="radio"/> Cirujanos <input type="radio"/> Anestesiólogo <input type="radio"/> Residente de cirugía <input type="radio"/> Enfermera instrumentista <input type="radio"/> Enfermera circulante		
		Años de Experiencia	<input type="radio"/> 1 a 5 años <input type="radio"/> 6 a 10 años <input type="radio"/> 11 a 15 años <input type="radio"/> 16 a más años		
	Conocimiento del equipo quirúrgico	¿Conoce la existencia de lista de verificación segura en el área?		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> no	ENCUESTA
		¿Ha recibido capacitación sobre la lista de verificación segura?		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> no	
		Cada que tiempo recibe capacitación Sobre la lista de cirugía segura		<input type="radio"/> 1 vez por semana <input type="radio"/> 1 vez por mes <input type="radio"/> 1 vez cada 6 meses <input type="radio"/> Nunca	
		Usted aplica la lista de verificación de cirugía segura en los procesos quirúrgicos		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> A veces	
		Entrada	Ha confirmado la identidad dl paciente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> A veces	GUÍA DE OBSERVACIÓN DIRECTA (CHESK LIST)
			Ha marcado el sitio quirúrgico	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> A veces	
			El anestesista comprueba los aparatos y medicación	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> A veces	
			Ha colocado el Pulsioxímetro al paciente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> A veces	

	Cumplimiento de la Lista de verificación cirugía segura:		Confirma alergias del paciente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> A veces	GUÍA DE OBSERVACIÓN DIRECTA (CHESK LIST)
			Verifica la permeabilidad de la vía aérea	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> A veces	
			Verifica riesgo de hemorragia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> A veces	
		Pausa	Confirma la presentación de todos los miembros del equipo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> A veces	
			Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> A veces	
			Se administra la profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No procede	
			Confirma la previsión de eventos críticos Cirujano: ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados? ¿Cuánto durara la operación? ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> A veces	
			Se verifica por el anestesista si el paciente presenta algún problema específico	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> A veces	
			Previsión de eventos críticos Equipo de enfermería ¿Se ha confirmado la esterilidad? Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> A veces	
	Salida	El enfermero confirma verbalmente el nombre del procedimiento	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> A veces		
		Realiza el enfermero el recuento de instrumentos, gasas y agujas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> A veces		
		El enfermero rotula las muestras con el nombre completo del paciente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> A veces		
		El enfermero confirma si hay problema que resolver relacionados con el instrumental y los equipos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> A veces		
		Cirujano, anestesista y enfermero indican cuales son los momentos críticos de la recuperación y tratamiento del paciente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> A veces		

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

GRÁFICO 1: ¿Qué edad tiene usted?

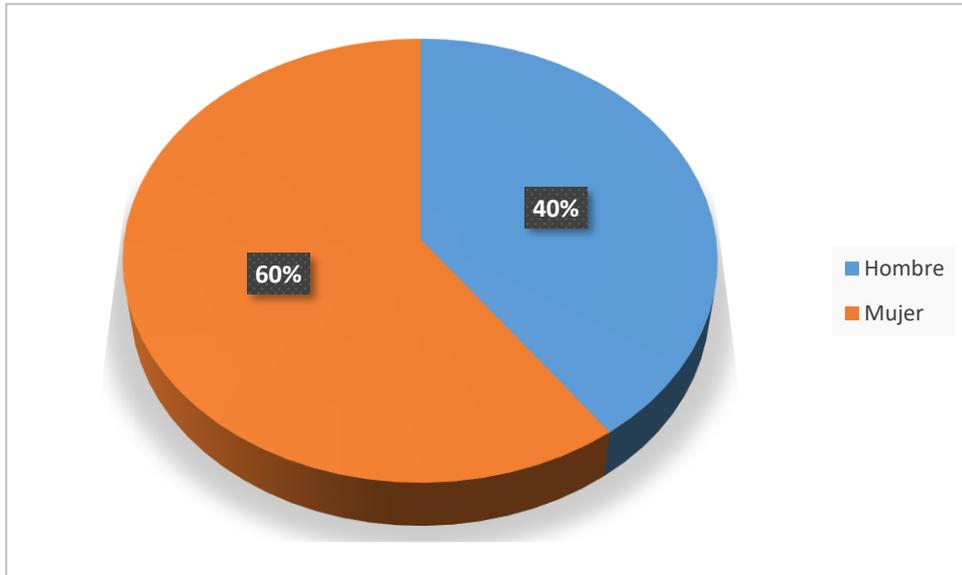


Fuente: Cuestionario de pregunta
Autores: Wendy Napa y Dennis Mite

ANÁLISIS:

En esta representación gráfica se puede observar que hay un predominio en relación con la edad del equipo quirúrgico el mismo que está representado con un 40% cuya edad es de 31 a 40 años, lo que demuestra el grado de responsabilidad que posee el equipo quirúrgico al momento de aplicar la lista de verificación de cirugía segura en un procedimiento.

GRÁFICO 2: ¿A qué sexo pertenece usted?

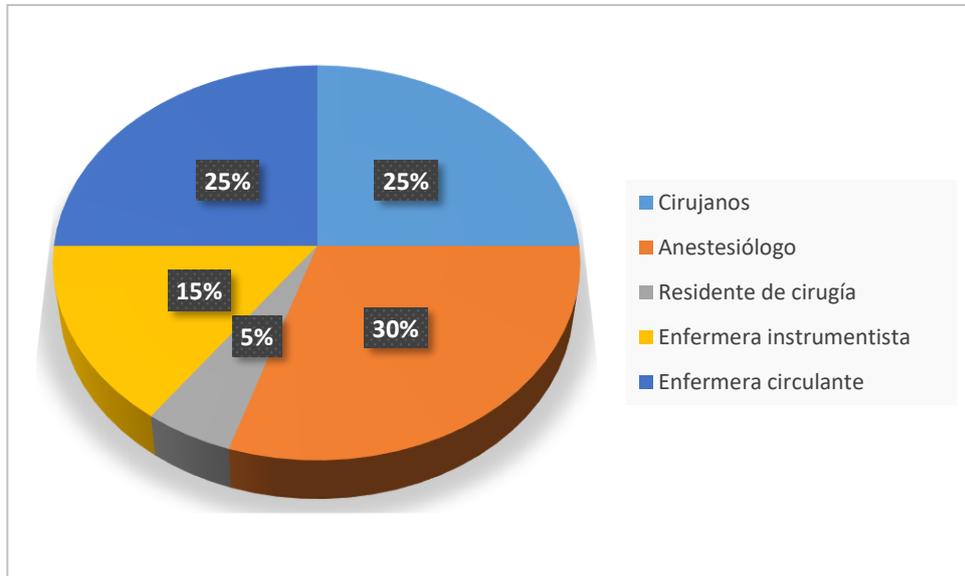


Fuente: Cuestionario de preguntas
Autores: Wendy Napa y Dennis Mite

ANÁLISIS:

Es evidente que el equipo quirúrgico del hospital Roberto Gilbert está constituido por hombres y mujeres, pero hay un predominio de mujeres que representa el 60%.

GRÁFICO 3: ¿Cuál es la función que desempeña usted actualmente?

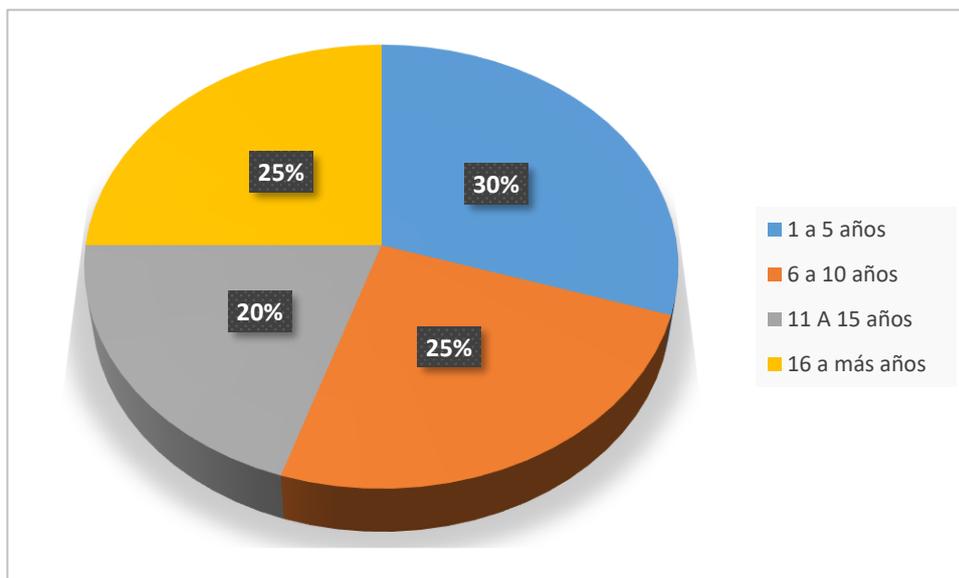


Fuente: Cuestionario de preguntas
Autores: Wendy Napa y Dennis Mite

ANÁLISIS:

Según el gráfico se puede constatar que el equipo quirúrgico está constituido por diferentes profesionales capacitadas para cumplir funciones diferentes, pero con un mismo objetivo, en los quirófanos del hospital Roberto Gilbert de las encuestas realizadas el mayor porcentaje está ocupado por los anestesiólogos quienes son los que dan anestesia a los pacientes de ellos depende que la cirugía sea un éxito, seguido por cirujanos y las circulantes.

GRÁFICO 4: ¿Cuántos años de experiencia tiene?

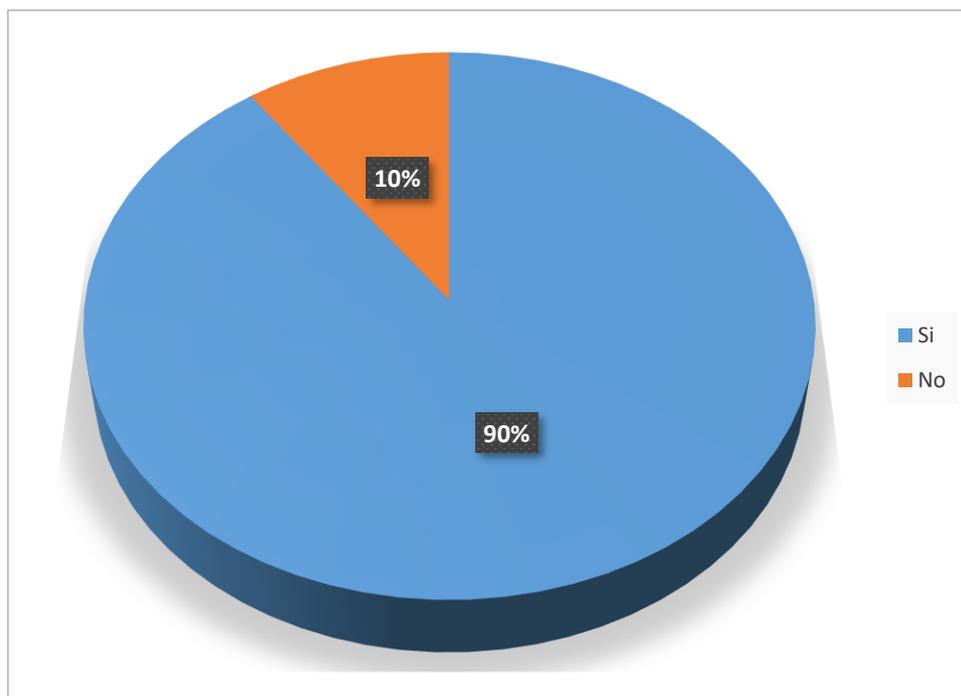


Fuente: Cuestionario de preguntas
Autores: Wendy Napa y Dennis Mite

ANÁLISIS:

Es evidente que la experiencia es la habilidad que se adquiere con el tiempo y así podríamos decir que entre más años más destrezas, la diferencia que hay en el equipo quirúrgico no necesita de años para tener experiencia si no de una buena capacitación en relación con el tema y es lo que hemos podido corroborar mediante la encuesta, mostrando en esta gráfica que el mayor porcentaje del personal del equipo quirúrgico esta entre 1 a 5 años.

GRÁFICO 5: ¿Conoce la existencia de la lista de verificación en el área?

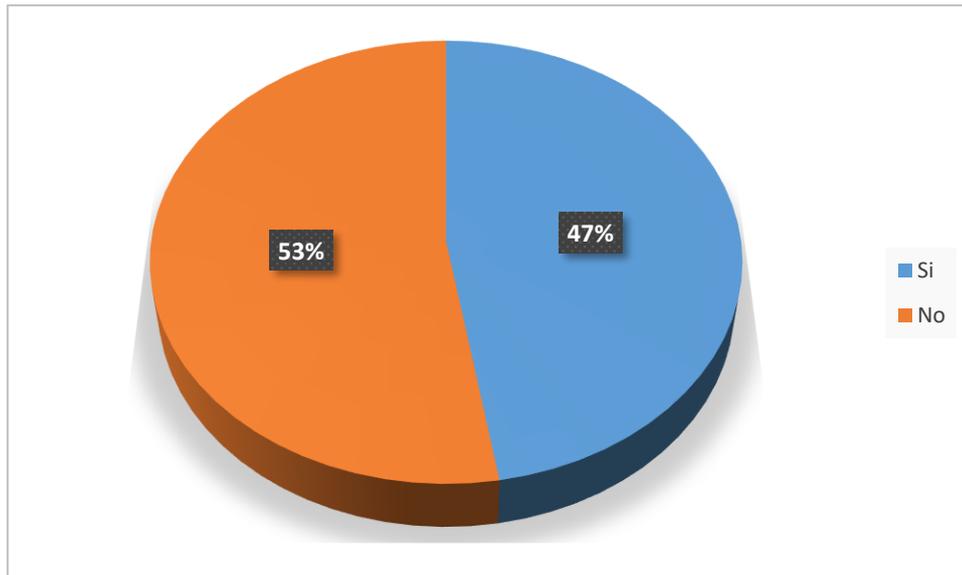


*Fuente: Cuestionario de preguntas
Autores: Wendy Napa y Dennis Mite*

ANÁLISIS:

Según la literatura de la OMS la lista de verificación segura es una guía o manual de normas que al cumplirlas correctamente se puede salvar la vida de los pacientes evitando eventos adversos en las diferentes intervenciones quirúrgicas en el Hospital Roberto Gilbert, podemos corroborar que el 90% del equipo quirúrgico conoce la lista, por lo tanto, se confirma que el personal en gran mayoría aplicase esta lista evitando así los eventos adversos en las cirugías.

GRÁFICO 6: ¿Ha recibido capacitaciones sobre la cirugía segura?

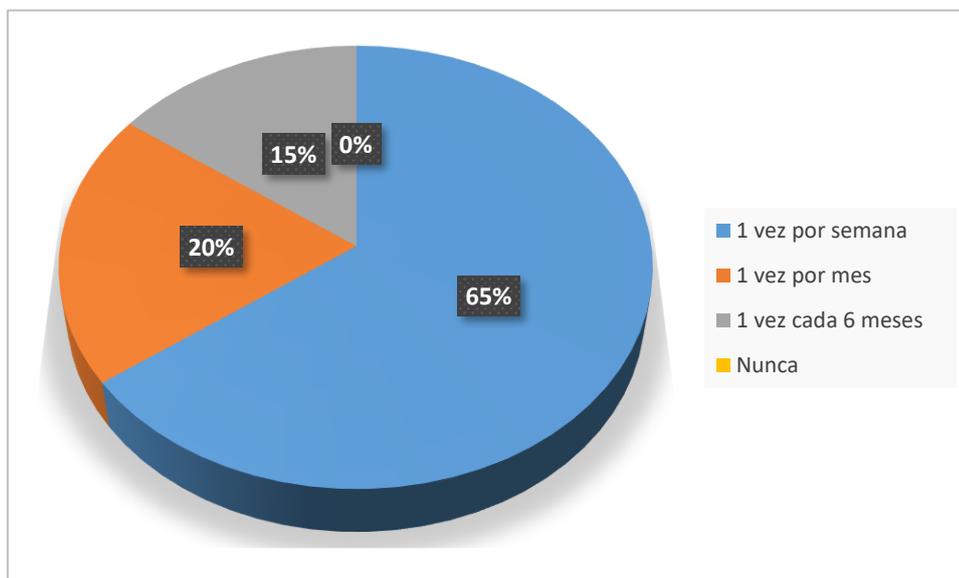


*Fuente: Cuestionario de preguntas
Autores: Wendy Napa y Dennis Mite*

ANÁLISIS:

Las capacitaciones son actividades que están destinadas a ampliar conocimientos habilidades y destrezas en cuanto al rol que se está ejerciendo, la coordinadora de Docencia es la encargada de esta disciplina, el 90 % del personal asegura haber recibido capacitación sobre la cirugía segura es así como lo detallamos en el gráfico, es evidente que el hospital Roberto Gilbert se caracteriza por ser un establecimiento no solo de salud sino también de investigaciones y docencia en el área de quirófano.

GRÁFICO 7: Cada que tiempo recibe capacitación sobre la cirugía segura

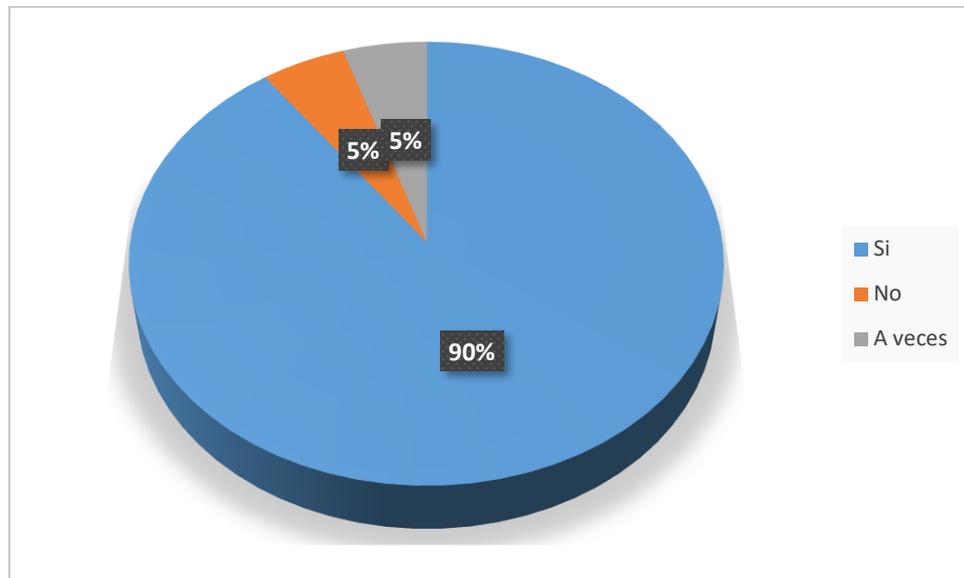


*Fuente: Cuestionario de preguntas
Autores: Wendy Napa y Dennis Mite*

ANÁLISIS:

El hospital Pediátrico Roberto Gilbert Elizalde al ser un centro hospitalario no solo de atención en salud sino también de docencia e investigación una de sus cualidades es capacitar al personal a todo nivel, por lo tanto, en el área de quirófano su personal no queda exento de estas capacitaciones, por lo tanto, los resultados detallados en la investigación y demostrados en el gráfico el 65 % del personal asegura que recibió capacitación 1 vez por semana.

GRÁFICO 8: ¿Usted aplica la lista de verificación de cirugía segura en los procesos quirúrgicos

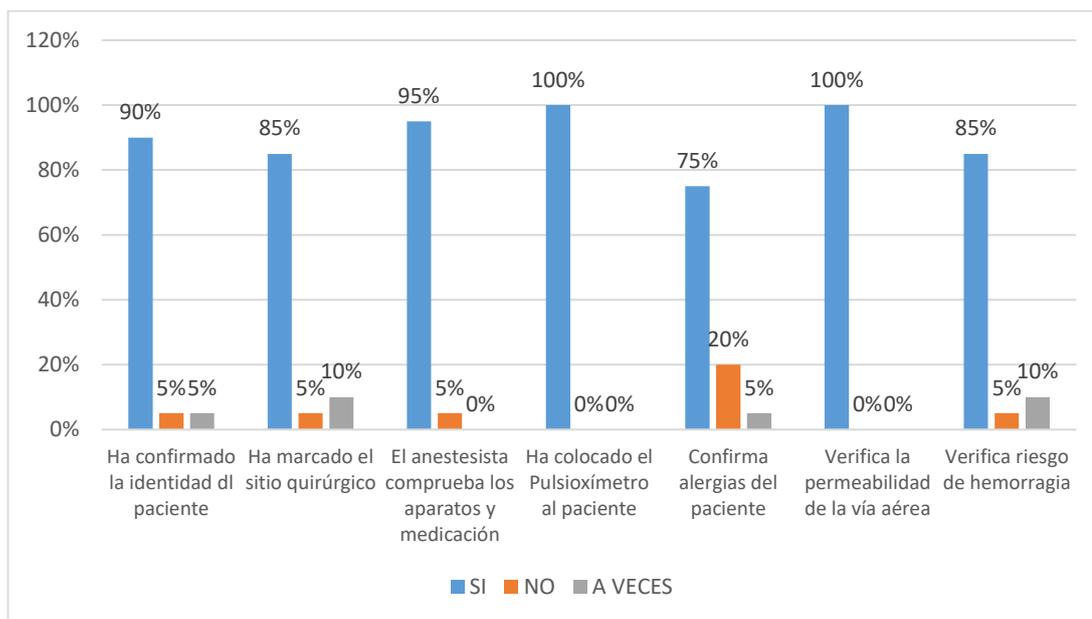


Fuente: Cuestionario de pregunta
Autores: Wendy Napa y Dennis Mite

ANÁLISIS:

De acuerdo con el análisis descrito se puede observar en el gráfico que el equipo quirúrgico si aplica en su mayor porcentaje la lista de verificación segura en los procesos quirúrgicos establecida por OMS.

GRÁFICO 9: ENTRADA



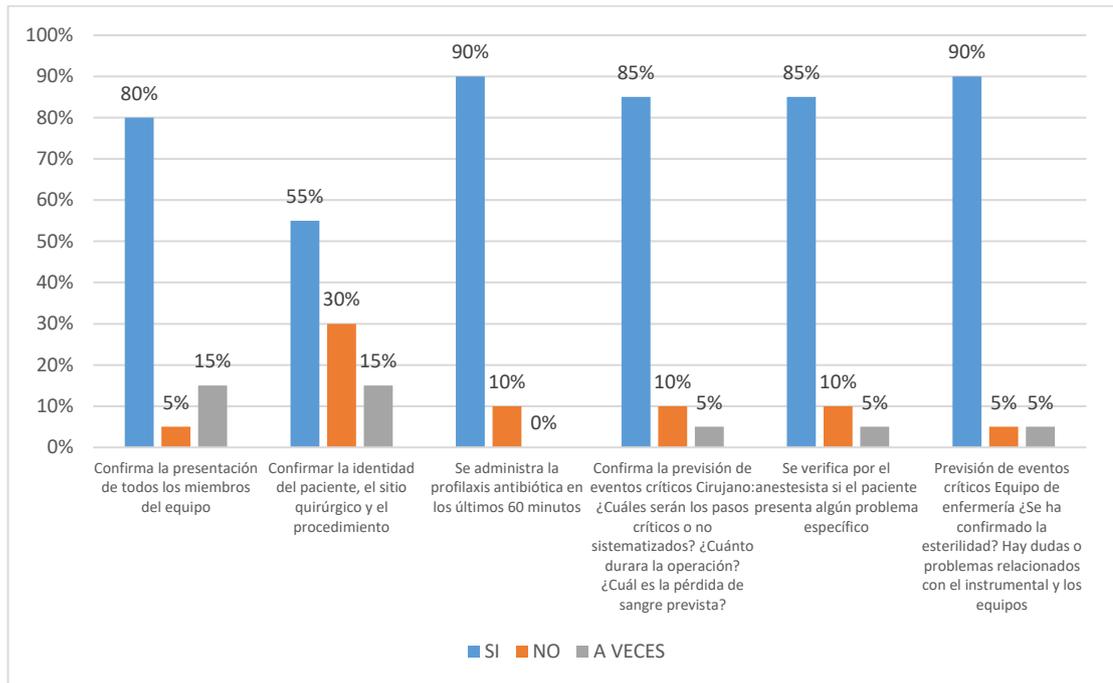
Fuente: Guía De Observación Directa (Check List)

Autores: Wendy Napa y Dennis Mite

ANÁLISIS:

La cirugía segura es una práctica reconocida por la OMS donde los integrantes del equipo quirúrgico deben reconocer y realizar normas para evitar eventos adversos o complicaciones en la cirugía del paciente, según datos recogidos y analizados en la observación directa que se hizo al personal en los quirófanos del Hospital Roberto Gilbert estos en su mayor porcentaje cumplen con los ítems establecidos en la entrada o antes de la inducción de la anestesia como podemos detallar en el gráfico.

GRÁFICO 10: PAUSA

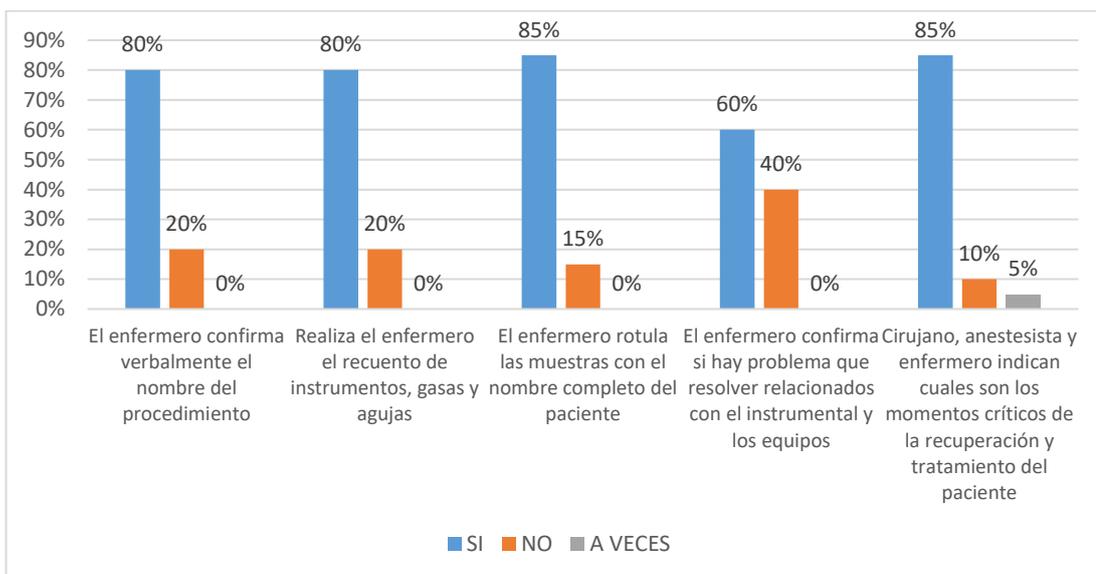


Fuente: Guía De Observación Directa (Check List)
Autores: Wendy Napa y Dennis Mite

ANÁLISIS:

En la fase pausa quirúrgica o antes de la incisión quirúrgica para evitar complicaciones o confusiones se debe realizar la presentación de los diferentes miembros del equipo quirúrgico, la revisión de los pasos críticos, la profilaxis antibiótica, se tiene que comprobar la disponibilidad y esterilidad del material quirúrgico, todos estos pasos son respetados y cumplidos en su mayor porcentaje por el personal que conforma el equipo quirúrgico es así que se puede mencionar que es poco el porcentaje que no cumple.

GRÁFICO 11: SALIDA



Fuente: Guía De Observación Directa (Check List)

Autores: Wendy Napa y Dennis Mite

ANÁLISIS:

La última fase de la cirugía segura es la salida o antes de que el paciente abandone el quirófano, en esta fase se detalla la verificación de los registros de los instrumentos, el etiquetado de las muestras y el estado de recuperación del paciente, por lo expuesto en el grafico el personal del equipo quirúrgico si cumple con esta última fase es poco el porcentaje que no lo cumple.

DISCUSIÓN

Realizando comparación con otros estudios relacionándolo con el nuestro se puede mencionar que en un estudio realizado en el Hospital Naval de Mazatlán realizado por López en el 2016, observó que la implementación de la lista de verificación de cirugía segura propuesta por la OMS se asocia a una reducción de las complicaciones postquirúrgicas de 11.4% a 4.3%, así como a la reducción de la mortalidad postquirúrgica de 0.8 a 0.4%, aunque ésta no fue de relevancia estadística (4). Esto es similar a nuestra investigación, los cuales demostraron que las tasas de morbilidad y mortalidad se reducen de manera significativa en el hospital Roberto Gilbert los estudios las informaciones que se recogió no variaba y lo que se pudo constatar es que la aplicación de la lista de verificación segura representa seguridad para los pacientes, ya que las complicaciones y efectos adversos disminuyen.

Similar en otro estudio hecho en Colombia por Ramírez en el 2017, nos menciona que las listas de chequeo son una estrategia importante para la seguridad del paciente. En la presente investigación se evidenció que el porcentaje de utilización de listas de chequeo en las instituciones de Bogotá estudiadas es muy similar a lo reportado en la literatura mundial, o incluso mejor que en algunos países (27). Sin embargo, en el análisis secundario que se ejecutó en los quirófanos del Roberto Gilbert, la lista de chequeo es diligenciada por el personal auxiliar de enfermería y solamente se realiza en el 4 % por todo el equipo quirúrgico. Es por esto que es necesario generar medidas que implementen e involucren a todo el grupo quirúrgico en la aplicación de las listas de chequeo. Con lo anterior, consideramos que es necesario incluir listas de chequeo sistematizadas dentro del quirófano el cual deba ser diligenciado por todo el equipo quirúrgico. A pesar de que en nuestro estudio se encontró que la especialidad que más utiliza la lista es enfermería.

En otro estudio realizado en Ecuador por en el 2015 en el Hospital Pediátrico “Baca Ortiz” de la ciudad de Quito (MSP), nos menciona que se realizaron 13814 procedimientos quirúrgicos de los cuales 2241 (16.2%) correspondieron al servicio de Cirugía Pediátrica; en estas cirugías se utilizó la herramienta de la lista de verificación de cirugía segura y se pudo observar que las complicaciones y morbilidad disminuyeron (14). Con igual porcentaje

según los datos recogidos en los quirófanos del Roberto Gilbert aplicando la lista de verificación segura se disminuyó los eventos adversos y se concluyó que con el cumplimiento adecuado de la lista de verificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud durante los procedimientos de cirugía mayor en pacientes pediátricos, encontramos que existe una disminución significativa de las complicaciones.

CONCLUSIONES

Basándonos en nuestra investigación con el tema cumplimiento de la lista de verificación de la cirugía segura realizada al personal que conforma el equipo quirúrgico en el año 2019 en los quirófanos del hospital pediátrico Roberto Gilbert Elizalde podemos concluir que:

- Las características demográficas del personal que conforma el equipo quirúrgico del hospital pediátrico de la ciudad de Guayaquil, predomina, la edad que oscila en su mayoría de 31 a 40 años, en su mayor parte del personal encuestado son mujeres, la función que desempeñan en el área son anestesiólogo y tienen de 1 a 5 años de experiencia.
- Al evaluar el conocimiento del personal que conforman el equipo quirúrgico del hospital Roberto Gilbert Elizalde, se pudo constatar que en su mayoría conocen la existencia de la lista de verificación segura en el área y así como también han recibido capacitaciones sobre la lista de verificación segura, solo una minoría manifiestan no haber recibido las capacitaciones.
- En cuanto al cumplimiento por parte del equipo quirúrgico en la lista de verificación segura en su mayor porcentaje si confirman la identidad del paciente, marcan el sitio quirúrgico, completa la comprobación de los aparatos y medicación de la anestesia, colocan el Pulsioxímetro al pacientes, alertan alergias conocida del paciente, revisan la vía aérea, manejan el riesgo de hemorragia, realizan la presentación de todos los miembros del equipo, confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento, si administran profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos, previenen eventos críticos tanto los cirujanos, anestesiólogos y enfermeras, visualizan imágenes diagnosticas esenciales, si confirman verbalmente el nombre del procedimiento, el recuento de instrumentos, gasas y agujas, si etiquetado de las muestras en voz alta.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que damos son de acuerdo con los resultados que se dieron en esta investigación:

- La cirugía representa unos de los pilares básicos del tratamiento médico, a pesar de que en el hospital Roberto Gilbert, no cumplen en un 100% pero si en su mayoría la lista de verificación segura debería de socializarse para que todos desarrollen estas normas.
- En cuanto a la capacitación, se debe poner énfasis en las personas que manifestaron no haber recibido las capacitaciones sobre la lista de verificación de cirugía segura ya que no se podrán desenvolverse en las cirugías según los protocolos que se requieren.
- Que el departamento de docencia del hospital elabore un cronograma de capacitación para todos los integrantes que conforman el equipo quirúrgico y que no haya recibido la capacitación se lo debe Instruir, así como también al personal que recién entra a trabajar al área

REFERENCIAS

1. Caisahuana J, Cisnero D, Pizarro K. Verificación del cumplimiento de la lista de cirugía segura por la enfermera del centro quirúrgico. [Online].; 2018 [cited 2019 Noviembre 08. Available from: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3689/Verificacion_CaisahuanaMart%C3%ADnez_Judiht.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
2. Albino Y, Briceño L, Moquillaza V. Conocimiento y aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en las enfermeras de un centro quirúrgico. [Online].; 2017 [cited 2019 Noviembre 08. Available from: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1382/Conocimiento_Albinovillogas_Hebelen.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
3. Oliveira M, Gonçalves M, Sorgini M. Cirugía segura en pediatría: elaboración y validación de checklist de intervenciones preoperatorias. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015; 21(5): p. 8.
4. Lopez E, Arroyo J, Zamora A. La implementación de la lista de verificación para una cirugía segura y su impacto en la morbilidad. Rev Cir Gen. 2016; 38(1): p. 12-18.
5. Zambrano V. Práctica Organizacional Requerida Cirugía Segura: Hospital Dr. Napoleón Davila Cordova. [Online].; 2015 [cited 2019 Noviembre 09. Available from: <http://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2015/10/CIRUG%C3%8DA-SEGURA.pdf>.
6. Marin HdECA. Prácticas Quirúrgicas Seguras. [Online].; 2017 [cited 2019 Noviembre 09. Available from: <https://hcam.iess.gob.ec/?p=5147>.
7. Santacruz R. Factores que influyen en la seguridad del paciente en procedimientos quirúrgicos en hospital de alta complejidad y propuesta de un plan de acción para minimizar riesgos. [Online].; 2018 [cited 2019 Noviembre 25. Available from: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12013/1/T-UCSG-POS-MGSS-176.pdf>.
8. Andrade S, Escala C. Impacto de la aplicación del checklist de cirugía segura como modificador de la incidencia de eventos adversos, centinelas y cuasi errores en colecistectomías, en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil. [Online].; 2016 [cited 2019 Noviembre 08. Available from: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/6546/1/T-UCSG-PRE-MED-525.pdf>.
9. Cajahuaringa B, Sotelo M, Vivar L. De la lista de verificación de cirugía segura en un Hospital nacional de Lima. [Online].; 2016 [cited 2019

- Noviembre 24. Available from:
<https://pdfs.semanticscholar.org/de7a/a7ed242059a2f21e01d1870680f91b5ce98f.pdf>.
10. Guayaquil JdBd. Departamento de Cirugia. [Online].; 2019 [cited 2019 Noviembre 08. Available from:
<https://www.hospitalrobertogilbert.med.ec/hospital/cirugia>.
 11. Solor A, Perez L. El check list como herramienta para el desarrollo de la seguridad al paciente quirúrgico. Rev cuba anestesiol reanim. 2015; 14(1): p. 51-52.
 12. Felix M, Vicente M, De La Cruz M. Conocimiento e Implementación de la seguridad del paciente quirúrgico en una institución pediátrica del sureste de México. Revi Científ de Amé Lat, el Car, Esp y Port. 2016; 15(3): p. 164-171.
 13. Pozo C. Verificación de la lista de chequeo para la cirugía segura establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde la perspectiva del paciente en el hospital Metropolitano de Quito. [Online].; 2015 [cited 2019 Noviembre 25. Available from:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4649/1/T-UCE-0006-120.pdf>.
 14. Guaman P, Astudillo P, Caceres F. Correlación entre aplicación de lista de verificación de la Organización Mundial de la Salud en cirugía segura y morbilidad trans y post operatoria. [Online].; 2015 [cited 2019 Noviembre 09. Available from:
<https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/1897/1/T-UIDE-1422.pdf>.
 15. Moreta D. Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras. [Online].; 2015 [cited 2019 Diciembre 01. Available from:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4753/1/T-UCE-0006-131.pdf>.
 16. Rivero N, Nolasco G, Puntunet B. Nivel de cumplimiento y factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. Rev Mex Enf Cardiol. 2015; 20(2): p. 47-53.
 17. Taporosky F, De Almeida E, Dyniewicz A. Cirugía segura: validación de checklist pre y postoperatorio. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017; 25(3): p. 2907.
 18. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Guia / Itinerario formativo de cirugía pediátrica. [Online].; 2018 [cited 2019 Noviembre 25. Available from:

<https://www.vallhebron.com/sites/default/files/itinerari-formatiu-cirurgia-pediatrica-ca-digital.pdf>.

19. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2017; 28(5): p. 785-795.
20. Gomez C. Percepción de la enfermería sobre la relevancia de los ítems de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía y las barreras para su implantación. [Online].; 2018 [cited 2020 Mayo 03. Available from: <https://eprints.ucm.es/49915/1/T40549.pdf>.
21. Ministerio de Salud Pública. Seguridad del paciente-usuario. [Online].; 2016 [cited 2019 Diciembre 03. Available from: <http://www.haiam.gob.ec/index.php/docencia-e-investigacion/2018-11-07-19-20-03/2018-11-07-19-20-4>.
22. Rivero G, Nolasco G, Puntunet B. Nivel de cumplimiento y factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación segura. *Rev Mex Enf Cardiol*. 2016; 20(2): p. 47-53.
23. Cirujanos AEd. Programa de cirugía segura del sistema nacional de salud. [Online].; 2017 [cited 2020 Mayo 02. Available from: <https://www.seguriddelpaciente.es/resources/documentos/2016/seguridad-bloque-quirurgico/Protocolo-Proyecto-Cirurgia-Segura.pdf>.
24. Izquierdo F. Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico. [Online].; 2016 [cited 2020 Enero 11. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/de55/faba23b1fa32049c8f1e277571f6518801cb.pdf>.
25. Rodriguez H. Descripción de la aplicación de la lista de verificación quirúrgica en el servicio de cirugía del hospital privado de Córdoba Argentina. [Online].; 2015 [cited 2019 Noviembre 09. Available from: http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/rodriguez_heidi_veronica.pdf.
26. Salud OMDI. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009. [Online].; 2019 [cited 2019 Noviembre 09. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa.pdf?sequence=1.
27. Ramirez C, Prada W, Guayan I. Utilización de listas de chequeo. *Rev Colomb Cir*. 2017; 32(109): p. 14.

ANEXOS

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

Antes de la inducción de la anestesia

(Con el enfermero y el anestesista, como mínimo)

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

Sí

¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?

Sí
 No procede

¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?

Sí

¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?

Sí

¿Tiene el paciente...

... Alergias conocidas?

No
 Sí

... Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?

No
 Sí, y hay materiales y equipos / ayuda disponible

... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?

No
 Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales

Antes de la incisión cutánea

(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)

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?

Sí
 No procede

Previsión de eventos críticos

Cirujano:

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

Anestesista:

¿Presenta el paciente algún problema específico?

Equipo de 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?

Sí
 No procede

Antes de que el paciente salga del quirófano

(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)

El enfermero confirma verbalmente:

El nombre del procedimiento
 El recuento de instrumentos, gases y agujas
 El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del 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 el tratamiento del paciente?

La presente lista no pretende ser exhaustiva. Se recomienda completarla o modificarla para adaptarla a la práctica local.

Revisado 1 / 2009

© OMS, 2009



**COMITÉ DE INVESTIGACION
COMPLEJO HOSPITALARIO "ALEJANDRO MAN "**

Fecha: 06/02/2020.

Tema:

Cumplimiento de la lista de verificación de la cirugía segura en un hospital pediátrico de la ciudad de Guayaquil, año 2019.

El comité de investigación del Hospital Roberto Gilbert realizó la revisión y análisis del tema señalando lo siguiente:

Es aprobado porque el estudio es interesante ya que puede inducir para nuevos trabajos.

-Al termino del trabajo se solicita una copia del mismo para archivos del Comité de Investigación .

Hospital De Niños Dr. Roberto Gilbert E.

[Handwritten Signature]
CDA. EN ENFERMERIA

PRESIDENTE

Hospital De Niños Dr. Roberto Gilbert E.

[Handwritten Signature]
CDA. EN ENFERMERIA

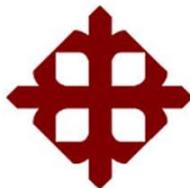
SECRETARIA



H. Junta de Beneficencia de Guayaquil



HOSPITAL
DE LA MUJER
Alfredo G. Paulson



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: Cumplimiento de la lista de verificación de la cirugía segura en un hospital pediátrico de la ciudad de Guayaquil, año 2019.

OBJETIVO: Recolectar datos del personal que conforma el equipo quirúrgico que intervienen en el cumplimiento de la lista de verificación de la cirugía segura.

INTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR:

- Explique al encuestado sobre el estudio de la investigación
- Proporcionar el formulario de preguntas al encuestado
- Permanezca junto al encuestado para orientarlo acerca de las preguntas.

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADO:

- Es un cuestionario de 8 preguntas, no requiere escribir sus datos personales
- Escriba con una X en los casilleros en azul la respuesta que considere conveniente entre las alternativas descritas
- Agradecemos por su participación.

CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Formulario No _____

1.- ¿Qué edad tiene usted? 20 a 30 años () 31 a 40 años () 41 a 50 años () 51 o más años ()	2.- ¿A qué sexo pertenece usted? Hombre () Mujer ()
3.- ¿Cuál es la función desempeña usted actualmente? Cirujanos () Anestesiólogo () Residente de cirugía () Enfermera instrumentista () Enfermera circulante ()	4.- ¿Cuántos años de experiencia tiene? 1 a 5 años () 6 a 10 años () 11 A 15 años () 16 a más años ()
5.- ¿Conoce usted la existencia de la lista de verificación segura en el área? Si () No ()	6.- ¿Ha recibido capacitación sobre la lista de verificación de cirugía segura? Si () No ()
7.- ¿Cada que tiempo recibe capacitación sobre la lista de cirugía segura? 1 vez por semana () 1 vez por mes () 1 vez cada 6 meses () Nunca ()	8.- Usted aplica la lista de verificación de cirugía segura en los procesos quirúrgicos Si () No () A veces ()



**UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAUL”**

TEMA: Cumplimiento de la lista de verificación de la cirugía segura en un hospital pediátrico de la ciudad de Guayaquil, año 2019.

OBJETIVO: Recolectar información por medio de la observación directa (Check list) sobre el cumplimiento que realiza el personal de enfermería en las actividades de la lista de verificación de la cirugía segura.

INTRUCCIONES PARA EL OBSERVADOR:

- Registro de la información requerida en los casilleros en blanco.

GUIA DE OBSERVACION DIRECTA (CHECK LIST)

Formulario No

ACTIVIDADES A OBSERVAR		INDICADORES	CUMPLIMIENTO		
			Si	No	A veces
Cumplimiento de la lista de verificación de la cirugía segura	En la entrada	Ha confirmado la identidad del paciente			
		Ha marcado el sitio quirúrgico			
		El anestesista comprueba los aparatos y medicación			
		Ha colocado el Pulsioxímetro al paciente			
		Confirma alergias del paciente			
		Verifica la permeabilidad de la vía aérea			
		Verifica el riesgo de hemorragia			
	En la pausa	Confirma la presentación de todos los miembros del equipo			
		Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento			
		Se administra profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos			
		Previsión de eventos críticos: cirujano. Cuáles son los pasos críticos o no sistematizados Cuanto durara la operación Cuál es la pérdida de sangre prevista			
		Se verifica por el anestesista si el paciente presenta algún problema específico.			
	En la salida	Previsión de eventos críticos equipo de enfermería: ¿Se ha confirmado la esterilidad? ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?			
		El enfermero confirma verbalmente el nombre del procedimiento			
		Realiza el enfermero el recuento de instrumentos, gasas y agujas			
		El enfermero rotula las muestras con el nombre completo del paciente			
		El enfermero confirma Si hay problema que resolver relacionados con el instrumental y los equipos			
		Cirujanos anestesistas y enfermeros indican cuales son los momentos críticos de la recuperación del paciente			



Ilustración 1: cuestionario de preguntas al personal



Ilustración 2: cuestionario de pregunta al personal



Ilustración 3: guía de observación directa



Ilustración 4: cuestionario de preguntas al personal



Ilustración 5: guía de observación directa



Ilustración 6: cuestionario de preguntas al personal



Ilustración 7: guía de observación directa



Ilustración 8: guía de observación directa

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Napa Valencia Wendy Corina, con C.C: # 0925100315, autora del trabajo de titulación: **Cumplimiento de la lista de verificación de la cirugía segura en un hospital pediátrico de la ciudad de Guayaquil, año 2019**, previo a la obtención del título de **licenciada en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 02 de abril del 2020

f. _____
Napa Valencia, Wendy Corina
CC: 0925100315

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Mite Cruz Denisse Stefania, con C.C: # 0925592917, autora del trabajo de titulación: **Cumplimiento de la lista de verificación de la cirugía segura en un hospital pediátrico de la ciudad de Guayaquil, año 2019**, previo a la obtención del título de **licenciada en enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 02 de abril del 2020

f. _____
Mite Cruz, Denisse Stefania
CC: 0925592917

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Cumplimiento de la lista de verificación de la cirugía segura en un hospital pediátrico de la ciudad de Guayaquil, año 2019		
AUTOR(ES)	Napa Valencia, Wendy Corina Mite Cruz, Denisse Stefania		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lcda. González Osorio, Cristina Virmane, MGs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias médicas		
CARRERA:	Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	02 de abril del 2020	No. DE PÁGINAS:	81 pág.
ÁREAS TEMÁTICAS:	Vigilancia epidemiológica.		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Cirugía segura, equipo quirúrgico, cumplimiento, pacientes pediátricos, eventos adversos.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>La Lista de Verificación de Cirugía Segura es una herramienta utilizada por los profesionales inmersos en el área de cirugía, la que les permite mejorar la seguridad de sus operaciones y por ende reducir el número de complicaciones y eventos adversos innecesarios. Por lo expuesto nuestro Objetivo de esta investigación fue determinar el cumplimiento de la lista de verificación de la cirugía segura en un hospital pediátrico de la ciudad de Guayaquil, tipo de estudio: Descriptiva, cuantitativa, prospectivo y de corte transversal. Población conformada por cirujanos, anestesiólogos, residentes de cirugía enfermeras instrumentistas y circulantes, Instrumentos Guía de observación directa y cuestionario de preguntas (encuesta). Resultados características demográficas: edad 31 a 40 años (40%), sexo mujer (60%), función anestesiólogo (30%), experiencia de 1 a 5 años (30%), conocimiento: sobre si conoce la lista de verificación segura, (90%) si recibe capacitación y el 65% recibe una vez por mes, el 90% confirma la identidad del paciente, el 85% marca el sitio quirúrgico, el 95% comprueba los aparatos de anestesia y el 100% coloca el Pulsioxímetro al paciente. Discusión, según Guamán en Ecuador en el 2015, la morbimortalidad disminuye con el cumplimiento de la lista de verificación segura, lo cual concuerda con nuestro estudio. Conclusión: El equipo quirúrgico cumple con determinados parámetros que la OMS ha establecido en la lista verificación segura y en un mínimo porcentajes son omitidos ciertos ítems por el equipo quirúrgico.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-979818760 +593-961234762	E-mail: maika-1986@hotmail.com denissemitecruz@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Lcda. Holguín Jiménez Martha Lorena, MGs		
	Teléfono: +593-4- 0993142597		
	E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			