



**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 el área oncológica en el Hospital Teodoro Maldonado
Carbo, año 2019.**

AUTORAS:

**Zúñiga Guijarro, Lisbeth Katherine
Vaca Vela, Estefanía Alejandra**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADO 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 **Zúñiga Guijarro, Lisbeth Katherine** y **Vaca Vela, Estefania Alejandra**, como requerimiento para la obtención del título de **licenciadas en enfermería**.

TUTORA

f. _____

Lcda. González Osorio, Cristina Virmane, MGs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

Lcda. Mendoza Vinces, Ángela Ovilla. 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, **Zúñiga Guijarro, Lisbeth Katherine y Vaca Vela, Estefania Alejandra.**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Cumplimiento de la lista de verificación de la cirugía segura en el área oncológica en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, año 2019**, previo a la obtención del título de **licenciadas 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 de abril del año 2020

AUTORAS:

f. _____

Zúñiga Guijarro, Lisbeth Katherine

f. _____

Vaca Vela, Estefania Alejandra



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

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Zúñiga Guijarro, Lisbeth Katherine y Vaca Vela, Estefania
Alejandra**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Cumplimiento de la lista de verificación de la cirugía segura en el área oncológica en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, 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. _____

Zúñiga Guijarro, Lisbeth Katherine

f. _____

Vaca Vela, Estefania Alejandra

Documento [16-04-2020 TESIS Zúñiga y Vaca.docx](#) (D69372749)
Presentado 2020-04-27 15:46 (-05:00)
Presentado por liskathezg@gmail.com
Recibido cristina.gonzalez01.ucsg@analysis.urkund.com
Mensaje Fwd: Tesis Zúñiga y Vaca [Mostrar el mensaje completo](#)

0% de estas 53 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

Lista de fuentes

Bloques

+	Categoría	Enlace/nombre de archivo	
+		Tesis Dalma Maria Troya Veloz - Gilda Maria Yagual González.docx	
+	>	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa.pdf?sequence=1	
+		TESIS 1.pdf	
+		Proyecto Actual de Investigación Gualli - Merino.docx	

0 Advertencias.
Reiniciar
Exportar
Compartir

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

Cumplimiento de la lista de verificación de la cirugía segura en el
 área oncológica en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, año 2019.

AUTORAS:

Zúñiga Gujjarro, Lisbeth Katherine

Vaca Vela, Estefanía Alejandra

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de LICENCIADO 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
 Ir a Configuración de PC para activar Windows.

Urkund Analysis Result

Analysed Document: 16-04-2020 TESIS Zúñiga y Vaca.docx (D69372749)
Submitted: 4/27/2020 10:46:00 PM
Submitted By: liskathezg@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 el
área oncológica en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, año 2019.

AUTORAS:

Zúñiga Guijarro, Lisbeth Katherine

Vaca Vela, Estefanía Alejandra

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de LICENCIADO EN ENFERMERÍA

TUTORA:

Lcda. González Osorio, Cristina Virmané, 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 Zúñiga Guijarro, Lisbeth Katherine y Vaca Vela, Estefanía Alejandra, como requerimiento para la obtención del título de licenciadas en enfermería.

TUTORA

f. _____

Lcda. González Osorio, Cristina Virmané, MGs.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____ Lcda. Mendoza Vincés, Ángela Ovidia. MGs.

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

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, Zúñiga Guijarro, Lisbeth Katherine y Vaca Vela, Estefanía Alejandra.

DECLARAMOS QUE:

AGRADECIMIENTO

Nuestro gran y eterno agradecimiento en primer lugar a Dios, nuestro padre celestial, por cada detalle y momento en el cual nos brindaste vida para la realización de nuestro proyecto final de titulación, gracias por ser la base de nuestra morada, por cada día en cual no solo nos permitió levantarnos con vida si no con buena salud y fuerza para seguir este gran camino que culmina con éxito, para lo cual no solo crecimos como persona si no como profesional.

A nuestros padres quienes fueron los principales promotores de nuestros sueños, por estar dispuestos a acompañarnos en cada amanecida y agotadoras noches de estudios, gracias por cada consejo que nos dieron, hoy los resultados son nuestros éxitos. Son quienes por quien nos propusimos a alcanzar este sueño, hoy en día ya culminado. A nuestros maestros de cada semestre y en especial a nuestra tutora que con paciencia y conocimiento nos guio para culminar nuestro trabajo.

Autoras

Zúñiga Guijarro, Lisbeth Katherine

Vaca Vela, Estefanía Alejandra

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo, producto de nuestros esfuerzos a Dios por la vida, a nuestros padres por cada día de confianza que nos brindaron en esta larga tarea, la fuente más pura de nuestra inspiración, por entender nuestras labores que fueron necesarias para cumplir la meta anhelada, gracias a todos gracias por siempre estar presente a nuestro lado, nunca juzgarnos y a darnos un correcto y perfecto consejo.

Autoras

Zúñiga Guijarro, Lisbeth Katherine
Vaca Vela, Estefania Alejandra



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LCDA. ANGELA OVILDA, MENDOZA VINCES. MGs
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

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

f. _____

LCDA. GONZÁLEZ OSORIO, CRISTINA VIRMANE. MGs
TUTORA

LCDA. RIVERA SALAZAR, GENNY MARGOTH. MGs.
OPONENTE

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	VI
DEDICATORIA	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VIII
ÍNDICE.....	IX
INDICE DE GRÁFICO	XII
RESUMEN	XIII
ABSTRAC	XIV
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	6
JUSTIFICACIÓN	7
OBJETIVOS	9
OBJETIVO GENERAL:.....	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	9
CAPÍTULO II.....	10
FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.....	10
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	10
2.2. MARCO CONCEPTUAL.....	13
2.2.1 Equipo quirúrgico	13
2.2.2 Normas y Funciones del Equipo Quirúrgico	13
2.2.3 Cirujano.....	13
2.2.4 Primer Ayudante.....	14
2.2.5 Segundo Ayudante.....	14
2.2.6 Instrumentadora	14
2.2.7 Enfermera del Quirófano	14

2.2.8 Anestesiólogo.....	15
2.2.9 Cirugía oncológica.....	15
2.2.10 Solo se puede afirmar que un paciente tiene cáncer cuando existe una biopsia que así lo confirme.....	15
2.2.11 Tipos de cáncer.....	17
2.2.12 Tipos de cirugías oncológicas.....	17
2.2.13 Seguridad y anestesia.....	19
2.2.14 Aplicación de la lista de verificación segura.....	20
2.2.15 Eventos adversos.....	21
2.2.16 Medidas para combatir eventos adversos.....	22
2.2.17 Antes de la inducción de la anestesia.....	23
2.2.18 Antes de la incisión cutánea o pausa quirúrgica.....	24
2.2.19 Antes de que el paciente salga del quirófano.....	25
2.3. MARCO LEGAL.....	27
CAPÍTULO III.....	29
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
3.1 Tipo de estudio.....	29
3.2 Población y muestra.....	29
3.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	29
3.4 Técnicas y procedimientos para la recolección de datos.....	29
3.5 Técnica de procesamiento y análisis de datos.....	30
VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN.....	31
PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	34
DISCUSIÓN.....	46
CONCLUSIONES.....	48
RECOMENDACIONES.....	50
REFERENCIAS.....	51

ANEXOS 54

ÍNDICE DE GRÁFICO

GRÁFICO 1: ¿Qué edad tiene usted?	34
GRÁFICO 2: ¿A qué sexo pertenece?	35
GRÁFICO 3: ¿Que profesión ocupa en el area?	36
GRÁFICO 4: ¿Que función desempeña en el equipo quirúrgico?	37
GRÁFICO 5: Años de experiencia	38
GRÁFICO 6: ¿Conoce usted la existencia de la Lista de Verificación Segura en el área?	39
GRÁFICO 7: ¿Cuantas veces ha recibido capacitación en relación a la lista de la cirugía segura?	40
GRÁFICO 8: ¿Ha recibido capacitación sobre la Lista de Verificación Segura?	41
GRÁFICO 9: Usted aplica la lista de verificación de cirugía segura en los procesos quirúrgicos	42
GRÁFICO 10: Fase de Entrada	43
GRÁFICO 11: Fase pausa quirúrgica	44
GRÁFICO 12: Fase Salida	45

RESUMEN

El cumplimiento de la lista de la cirugía segura por parte del equipo quirúrgico, es una herramienta que se debe seguir para evitar complicaciones o eventos adversos o más aun la mortalidad del paciente antes, durante o después de la cirugía debido a esto se realizó un estudio cuyo **objetivo** es determinar el cumplimiento de la lista de verificación de la lista de cirugía segura en el área oncológicos del hospital Teodoro Maldonado Carbo. **Tipo de estudio:** descriptivo, de corte transversal, cuantitativo, prospectivo, **población:** cirujanos oncológicos 33, cirujanos generales 33, anestesiólogo 17, instrumentistas 9 y 8 circulantes. **Instrumentos:** cuestionario de preguntas y guía de observación directa (**CHESK-LIST**) **Resultados:** el 33% corresponde a los anestesiólogo y cirujanos, el 33% están entre 31 a 40, el 83 % tienen más de 5 años laborando en el área, el 93% conoce la lista de cirugía segura pero en su mayoría no se aplica, el 50% menciona que recibe 1 vez al años capacitaciones, el 67% no ha recibido capacitación, el 50% no aplica la lista de cirugía segura, el 60% no realiza la presentación del equipo quirúrgico, el 43% no confirma la identidad del paciente. **Conclusión:** en el área quirúrgica (quirófanos), existe la lista de verificación de cirugía segura, sin embargo no es cumplida en un 100% por el personal, se recomienda socializar la lista de verificación de cirugía segura al equipo quirúrgico para su correcta aplicación en las cirugías tanto en el antes, pausa y salida.

Palabras clave: Cumplimiento, lista de verificación de cirugía segura, paciente oncológico, equipo quirúrgico, quirófanos.

ABSTRAC

Compliance with the list of safe surgery by the surgical team is a tool that must be followed to avoid complications or adverse events, or even more, the mortality of the patient before, during or after surgery. Whose **general objective** was to determine compliance with the checklist of the safe surgery list in the oncology operating rooms of the hospital Teodoro Maldonado Carbo. **Type of study:** descriptive, cross-sectional, quantitative, prospective, **population:** oncology surgeons 33, general surgeons 33, anesthesiologist 17, instrumentalists 9 and 8 circulating. **Instruments:** questionnaire of questions and direct observation guide (CHESK-LIST) **Results:** 33% correspond to the anesthesiologist and surgeons, 33% are between 31 to 40, 83% have more than 5 years working in the area, the 93% know the safe surgery list but most of it does not apply, 50% mention that they receive training once a year, 67% have not received training, 50% do not apply the safe surgery list, 60% The surgical team did not make the presentation, 43% did not confirm the identity of the patient. **Conclusion:** in the operating room area there is a safe surgery checklist, however it is not 100% met by the staff, it is recommended to socialize this topic with talks to the staff for its correct compliance.

Keywords: Compliance, safe surgery checklist, cáncer patient, surgical team, operating rooms.

INTRODUCCIÓN

La cirugía viene siendo un componente esencial de la asistencia sanitaria en todo el mundo desde hace más de un siglo. Por lo tanto la presente investigación tiene como propósito determinar el cumplimiento de la lista de verificación de la cirugía segura en el área oncológica en un hospital de especialidades de la ciudad de Guayaquil. Dado los progresivos acontecimientos de los traumatismos, los cánceres y las enfermedades cardiovasculares, el peso de la cirugía en los sistemas de salud públicos irá en aumento. A menudo el tratamiento quirúrgico es el único que puede mitigar discapacidades y reducir el riesgo de muerte por afecciones comunes. Se calcula que cada año 63 millones de personas se someten a intervenciones quirúrgicas por lesiones traumáticas, otros 10 millones por complicaciones relacionadas con el embarazo y 31 millones más por problemas oncológicos (1).

La OMS, Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Comité de Sanidad del Consejo de Europa y diversas agencias y organismos internacionales, han desarrollado estrategias en los últimos años para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan reducir los incidentes y eventos adversos evitables en la práctica clínica la falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo. Los procedimientos en sitios incorrectos (que incluyen el lado equivocado, el órgano equivocado, el implante equivocado o la persona equivocada) son poco frecuentes, pero no son un evento "raro", 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 (3).

En el Ecuador en el año 2013 en el Registro oficial 150 se decreta la utilización de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura en las unidades del Ministerio de Salud Pública como una herramienta imprescindible para

mejorar la atención hospitalaria, por lo que se hace notar que su implementación es necesaria legalmente (4). 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 (5).

En el Ecuador como en muchos países, se tratan de implementar normativas y protocolos para disminuir las tasas de morbi – mortalidad ya que cualquier patología que aqueja a la población repercutirá en el desarrollo del propio país. La OMS en el año 2007 – 2008 introdujo la lista de seguridad de la cirugía en varios hospitales, con el fin de disminuir las complicaciones perioperatorias que se suscitan en los establecimientos de salud (4). 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).

Este trabajo de investigación detalla el cumplimiento de la lista de verificación de la cirugía segura en el área oncológica en un hospital de especialidades de la ciudad de Guayaquil, para una mejor comprensión ha sido dividida en los siguientes capítulos:

Capítulo I: Planteamiento del problema, justificación y objetivos

Capitulo II: Fundamentación conceptual, antecedentes de la investigación.

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

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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. 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 (7).

En los quirófanos de nuestro país, por varias décadas se ha mantenido un distanciamiento entre los profesionales que conforman el equipo quirúrgico, dejando a un lado la seguridad y el bienestar del paciente, la falta de comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico y 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 especialidades Teodoro Maldonado Carbo está conformado por un equipo multidisciplinario especializado en el diagnóstico y tratamiento del cáncer, cuenta con aparatos y sistema de punta ya que la seguridad del paciente es un componente esencial de la prevención de riesgos repercutiendo en la mejora de la calidad, para alcanzar una atención sanitaria segura se precisa de un cambio de cultura de los profesionales, gestores y pacientes, este cambio cultural supone un proceso liderado de aprendizaje colectivo que desterrando el concepto de culpa y adoptando un enfoque centrado en el sistema y no en el individuo, descansa sobre la comprensión de la causa de los incidentes.

Es de suma importancia que la lista de verificación de la cirugía sea un pilar fundamental en el convivir diario de los Hospitales de todo el mundo, por

lo que en nuestro país y específicamente en el Hospital del IESS Teodoro Maldonado Carbo, hospital de tercer nivel de referencia a nivel nacional, es imprescindible que el personal que forma parte del equipo quirúrgico este consciente de su importancia y vital utilización para disminuir la tasa de morbi mortalidad en los quirófanos (4).

Es así que se podemos mencionar que el equipo quirúrgico, en las diferentes instituciones de salud, poseen dificultades en aplicar las normativas de la cirugía segura para el cuidado del paciente esto podría conllevar a presentar complicaciones y eventos adversos durante las cirugías y por consiguiente al postoperatorio y su recuperación. Pese a que en los hospitales existe un protocolo de seguimiento para el cumplimiento de la lista segura no es puesto en práctica. 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 presenta el equipo quirúrgico en el área oncológica en el hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil?
2. ¿Qué conocimiento posee el equipo quirúrgico sobre la lista de verificación de cirugía segura?
3. ¿El Equipo Quirúrgico de la unidad oncológica aplica la lista de verificación de cirugía segura en la entrada, pausa y salida quirúrgica?

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se realiza con el fin de determinar el cumplimiento de la lista de verificación por parte del equipo quirúrgico en las cirugías oncológicas realizadas en un hospital de especialidades de la ciudad de Guayaquil, con el único fin de evitar eventos adversos, predecir un buen pronóstico con éxito en este tipo de patologías y así poder dar un buen tratamiento y calidad de vida al paciente acorde a los resultados. Los checklist de verificación (checklist) son ayudas cognitivas para la realización de determinadas actividades. Se ha demostrado su eficacia tanto para garantizar la correcta ejecución de determinadas actividades, como en la prevención de errores al sistematizar las acciones y constituir un recordatorio de las mismas. (8).

La seguridad del paciente constituye un aspecto fundamental en la prestación de servicios de salud. Esta implementación de prácticas seguras, como lo es la lista de verificación, permitirá evitar eventos adversos en los actos quirúrgicos al ser una prioridad en la atención de salud, surge por lo tanto, la necesidad de esta herramienta que es el check list previo al acto quirúrgico, que garantice el cumplimiento de aquellas prácticas imprescindibles (3). El grupo de trabajo de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente compuesto por cirujanos, anestesiólogos, enfermeros y expertos en gestión de la seguridad identificaron diez objetivos fundamentales, recogidos en la «Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía» (8).

A través de estos objetivos se pretende guiar a los equipos quirúrgicos para evitar la materialización de eventos adversos en tres momentos distintos: antes de la inducción de la anestesia, de la incisión cutánea y antes de que el paciente salga de quirófano. Su implantación puede mejorar la seguridad del acto quirúrgico en los siguientes aspectos: identificación de pacientes, seguridad del acto anestésico, cirugía en lugar erróneo, información y consentimiento informado, profilaxis antibiótica, profilaxis antitrombótica, pérdida de piezas anatómicas, olvido de cuerpos extraños (8). 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 (9).

En varios quirófanos de instituciones de salud de nuestro país ya se está implementando la lista de chequeo de la seguridad de la cirugía de la OMS, sin embargo no es aplicada correctamente por el personal que trabaja en dichas áreas y uno de los factores es que no se está capacitado correctamente en la ejecución de este checklist o no conoce sobre el contenido de esta lista, así también como no se ha determinado quien es la persona encargada de aplicarla, entre otras falencias, lo que repercute en el paciente ya sea con complicaciones o eventos adversos (9). Pero mientras no se implementen medidas de capacitaciones en forma generalizada y completa en los quirófanos de los centros hospitalarios, no se podrá dar un servicio de calidad ya que no se dispone de información completa 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 se base principalmente en el paciente. Con esta investigación se pretenderá llegar a los profesionales que conforman del equipo quirúrgico que realiza intervenciones oncológicas en el hospital Teodoro Maldonado Carbo y a la vez se encuentran en contacto con pacientes con diferentes tipos de cáncer, con este trabajo se espera dar un mayor conocimiento en cuanto a este procedimiento.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el cumplimiento de la lista de verificación de la cirugía segura en el área oncológica en el hospital Teodoro Maldonado Carbo, año 2019.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Describir las características sociodemográficas que presenta el equipo quirúrgico en el área oncológica en el hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil.
2. Verificar el conocimiento que posee el equipo quirúrgico sobre la lista de verificación de cirugía segura.
3. Describir el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura en la entrada, pausa y salida quirúrgica en el área oncológica por el equipo quirúrgico en el hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Para la ejecución de este trabajo de investigación se realizó un análisis de varios autores de diferentes países y con actualización mínima de 5 años, es así como podemos mencionar que:

González (España, 2019) nos menciona en su artículo que la Seguridad del Paciente se ha convertido en un tema de preocupación y una de las prioridades de los sistemas sanitarios desde que en 1999 el Institute of Medicine (IOM) de Estados Unidos (EEUU) publicara en su Informe “To Err is Human: Building a safer health system” que entre 44.000 y 98.000 personas mueren en los hospitales estadounidenses cada año como resultado de errores que podrían haberse prevenido. En España se ha realizado el Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS 2005), que define un efecto adverso como “todo accidente imprevisto e inesperado, recogido en la historia clínica que ha causado lesión y/o incapacidad y/o prolongación de la estancia y/o exitus, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente”. Este estudio estima que la incidencia de EAs relacionados con la asistencia sanitaria en los hospitales españoles es de 9,3%, y la incidencia de EAs relacionados con la asistencia hospitalaria de 8,4% (excluidos los de atención primaria, consultas externas y ocasionados en otro hospital), similares a las encontradas en los estudios realizados en países americanos y europeos con similar metodología (12).

Taporosky (Brasil, 2017) en una 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 venosa 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. Estos estudios demuestran que el uso de checklists es una práctica alentada por reducir la dependencia de la memoria y la intuición y reducir los errores, convirtiéndose así en sinónimo de las mejores prácticas en contextos de alto riesgo. Estas herramientas de verificación pueden revolucionar la forma en que el conocimiento se pone en práctica, además de ser un recurso básico y de coste irrisorio para los servicios de salud (11).

López (Colombia, 2016) nos menciona en su artículo de revisión que Indudablemente, la experiencia del cirujano, anestesiólogo y equipo quirúrgico son factores cruciales para reducir errores; sin embargo, estos en su mayoría son prevenibles si se instauran y protocolizan las medidas necesarias. La implementación de la lista de verificación de Cirugía Segura Salva Vidas es una iniciativa multifacética y participativa para reducir el daño al paciente mediante una atención quirúrgica más segura. La lista de la OMS pretende garantizar la incorporación de elementos clave para la seguridad en el trabajo que se realiza habitualmente en los quirófanos. Los objetivos que persigue todo equipo quirúrgico en los diferentes momentos dentro de la sala de operaciones se condensaron en esta lista de verificación utilizando puntos clave para cerciorarse de que se cumplen las normas de seguridad; esta herramienta permite en unos cuantos minutos subsanar alguna situación que pudiera haberse pasado por alto (2).

Correa (Colombia, 2016), menciona en su artículo que la cirugía oncológica se desarrolló como una rama de la cirugía general, que busca facilitar la interacción entre la radioterapia, la oncología médica y las demás especialidades, para concertar un plan terapéutico integral y multidisciplinario del paciente con cáncer. En este artículo se presenta una revisión narrativa de los principios básicos del abordaje diagnóstico y terapéutico del paciente oncológico, bien sea con un diagnóstico inicial o recurrente. Se hace particular énfasis en la necesidad de plantear un tratamiento curativo de ser posible, con márgenes claros y con una aproximación quirúrgica que tenga en cuenta el comportamiento y la diseminación tumoral. Cuando la curación no sea posible, en el contexto de un tratamiento multimodal, la cirugía paliativa es una opción válida y acertada. (10)

Moreta (Ecuador, 2015) en su trabajo de investigación nos dice que para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de acontecimientos de este tipo, Seguridad del Paciente de la OMS con el asesoramiento de cirujanos, anestesiólogos, enfermeros, expertos en seguridad para el paciente y pacientes de todo el mundo ha identificado diez objetivos fundamentales para la seguridad del paciente que se han recogido en la “Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía”. Esta Lista de verificación tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre disciplinas clínicas. La lista está pensada como herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de defunciones quirúrgicas innecesarias (4).

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Equipo quirúrgico

Es el personal encargado de una labor médica o quirúrgica concreta. El grupo quirúrgico está conformado por dos o más personas, que buscan y coordinan esfuerzos para lograr alcanzar un objetivo común, que es el bienestar del paciente. Caracteriza al grupo la dependencia e interrelación dirigida al objetivo. La comunicación entre sí, y la distribución de tareas específicas, conducirá a alcanzar el éxito del equipo quirúrgico, proporcionado al paciente una atención eficiente, oportuna y segura (13).

El equipo quirúrgico está conformado por:

- Cirujano Primer ayudante
- Segundo ayudante
- Instrumentista
- Médico Anestesista
- Enfermera circulante.

2.2.2 Normas y funciones del equipo quirúrgico

- Cuando la cirugía es simple, el cirujano trabaja solo con la instrumentadora, y cuando se presenta una cirugía complicada puede recurrir a tres ayudantes y dos instrumentadoras (13).
- En el equipo operatorio pueden participar la enfermera de quirófano y el anestesista, quienes deben llevar gorro, barbijo y botas, aunque no están vestidos asépticamente.
- El primero en entrar al quirófano es el instrumentador, seguido del segundo ayudante, en tercer lugar el primer ayudante y al final el cirujano (13).

2.2.3 Cirujano

El cirujano deberá desarrollar y ejercitar su criterio y trabajar rodeado de las mejores condiciones como: Luz adecuada, instrumental, anestesia adecuada, trabajar con orden y minuciosidad. Debe usar tono severo pero cordial sin humillar al personal, además de conocer con detalle el trabajo de

los integrantes del equipo. Al solicitar un instrumento no debe desviar la vista de la herida, solicitándolo con voz alta y clara (13).

2.2.4 Primer Ayudante

Su participación es muy importante por ser la segunda autoridad en el equipo, el mismo deberá conocer la clase de cirugía que se realiza y suministrar el instrumental necesario al segundo ayudante, de igual manera está a cargo de colocar los paños de campo (13).

El lugar que ocupa en la sala quirúrgica es un poco hacia la derecha del cirujano y cuando no existe un segundo ayudante trabaja frente al cirujano (13).

2.2.5 Segundo Ayudante

De su trabajo eficiente depende el éxito de la cirugía y tiene como funciones específicas: Como su actividad es pasiva, no debe hablar durante la cirugía, sostener los separadores, cortar las ligaduras cuando el cirujano y el primer ayudante hacen hemostasia, recibe el instrumental del cirujano (13).

Realiza su actividad a la derecha del primer ayudante, salvo algunas situaciones que requieran un cambio (13).

2.2.6 Instrumentadora

No está inmersa en las maniobras operatorias, es la encargada de las enfermeras que atiende todos los problemas de instrumental que se presenten durante la operación sin implicar al cirujano. Debe tener conocimiento detallado de la cirugía que se realiza y preparar todo el material necesario. Su ingreso al quirófano es antes del cirujano y del paciente. Una de las funciones principales que tiene, es la de pasar el instrumental en la mano del cirujano y seguir la cirugía atentamente y al final colaborar con el vendaje de la herida (13).

2.2.7 Enfermera Del Quirófano

Trabaja bajo las órdenes directas de la instrumentista, tiene como primera función la de preparar el quirófano, manipular el frontoluz, el aspirador, el instrumental, etc. Colabora a la instrumentista a vestirse

asépticamente, prepara al paciente y ayuda al anestesista, cuidando de no contaminar lo que deba manipular y al terminar la cirugía, limpiar la herida y ayudar en el vendaje de la misma (13).

2.2.8 Anestesiólogo

En la cirugía el anestesiólogo no debe necesariamente estar vestido en forma aséptica, sin embargo es ideal que lo haga, es responsable de la anestesia del paciente. Su trabajo inicia con la canalización del paciente e inmediatamente da la orden para el inicio de la cirugía, permanece durante toda la intervención quirúrgica. Al finalizar la misma, continuará moni-toreando al paciente llevando una planilla anestésica donde figura la evolución intra operatoria de todos los parámetros vitales (13).

2.2.9 Cirugía oncológica

La cirugía oncológica se desarrolló como una rama de la cirugía general, que busca facilitar la interacción entre la radioterapia, la oncología médica y las demás especialidades, para concertar un plan terapéutico integral y multidisciplinario del paciente con cáncer (14).

2.2.10 Solo se puede afirmar que un paciente tiene cáncer cuando existe una biopsia que así lo confirme.

Por lo tanto, es obligación del cirujano obtener esta confirmación con los medios de que disponga. No se puede proponer ninguna intervención de carácter oncológico mientras que no exista un resultado histopatológico que lo compruebe. Así que la biopsia es el primer paso en el acercamiento a un paciente con sospecha de una condición maligna. Siempre que se va a practicar una biopsia, se debe escoger el método más sencillo, más barato y menos invasivo, pero que permita un diagnóstico preciso. Dependiendo del tipo de tumor, varía el tipo de biopsia que cumpla con estas características. Sus diferentes modalidades son las siguientes (14).

a. Biopsia por aspiración con aguja fina (BACAF).

Consiste en la introducción de una aguja de calibre pequeño en la lesión sospechosa para obtener células que ayuden a orientar el diagnóstico. Es una alternativa en ciertos tumores, como el carcinoma escamocelular o los de la

tiroides, o para confirmar el compromiso ganglionar por un tumor primario conocido, la cual puede guiarse con un método de imágenes, de ser necesario. No obstante su utilidad, se debe tener en cuenta que no sirve para tumores de origen linfático, tumores bien diferenciados o aquellos con necrosis importante. Además, su rendimiento está determinado por la experiencia de quien la práctica y el patólogo que la interpreta; por este motivo, es importante el entrenamiento (14).

El uso de anestesia tópica suele ser suficiente para practicar la punción, aunque la mayoría de las veces no es necesaria. Por lo poco invasiva, no requiere previas pruebas de coagulación de manera rutinaria, aunque esto se ha convertido en una costumbre poco costo-efectiva (14).

b. Biopsia con aguja gruesa (Core o Tru-cut®).

Consiste en la introducción de una aguja automática que toma una porción cilíndrica de tejido; se reserva para aquellos tumores en los cuales la BACAF no suele ser útil, pues se valora un cilindro de tejido y no las células aisladas. Sin embargo, su uso está contraindicado en regiones corporales donde hay órganos vitales adyacentes, como vasos o nervios, y tampoco sirve para tumores de origen linfático. Para su realización requiere de anestesia local en el sitio de punción e intratumoral. Es la biopsia de elección en tumores de mama y otros tumores sólidos. También, se puede guiar por imágenes cuando es pertinente (14).

c. Biopsia por incisión.

Consiste en la toma de una porción del tumor. Hay que tener en cuenta que se debe tomar del borde activo de la lesión –debe evitarse el centro, donde suele haber necrosis que hace imposible determinar el tipo de tumor–, con una porción de tejido sano adyacente en caso de tratarse de la piel para que permita la comparación al patólogo y determinar el grado de invasión del tumor. Esta puede hacerse de tipo sacabocados (punch) con instrumentos circulares de borde cortante que permiten tomar todo el espesor del tejido de forma fácil y sin mayores dificultades, o con los instrumentos tradicionales. También, requiere infiltración con anestesia local. En este grupo se pueden incluir todas las biopsias que se practican con métodos endoscópicos (14).

d. Biopsia por escisión.

Consiste en la extracción completa de la lesión, teniendo en cuenta que, por tratarse de una biopsia, no se requieren márgenes oncológicos, ya que estos se determinarán y planearán según el resultado histopatológico (14).

2.2.11 Tipos de cáncer

Existen diversos tipos de cáncer, teniendo en cuenta que hay tantas clases de tumores como tejidos y sistemas orgánicos pueden verse afectados por la enfermedad, aunque en sentido estricto puede decirse que hay tantos tipos de cáncer como personas afectadas según la SEOM, 2016. La OMS en el 2015 señala el cáncer de colon y recto como uno de los más frecuentemente diagnosticados en población masculina y femenina. Los datos aportados por Binefar en el 2011, señalan que el cáncer colorrectal (CCR) es el tercer cáncer más frecuente a escala mundial, y uno de los que más muertes produce, y recoge datos que señalan que en un 70% de los casos de este tipo de cáncer se relaciona con estilos de vida (15).

Asimismo, el cáncer de mama como uno de los más frecuentemente diagnosticados en población femenina, junto con el cáncer colorrectal. Según datos de la SEOM (2015b), es un tipo de cáncer detectado en el 99% de casos en mujeres, pero también puede darse en hombres. El factor de riesgo principal es la edad, siendo la edad de máxima incidencia a partir de los 50 años. No obstante, la supervivencia media está cerca del 90% a partir de los cinco años del diagnóstico. Por otra parte, el cáncer de ovario es un tipo de cáncer exclusivo de la mujer, y se observa principalmente en personas de edad avanzada (15).

2.2.12 Tipos de cirugías oncológicas

La cirugía es la forma más antigua de tratamiento del cáncer. Aproximadamente el 60% de los pacientes con cáncer se someterá a cirugía, aislada o combinada con otros tratamientos (16).

Existen siete tipos de cirugía oncológica:

La cirugía curativa: consiste sencillamente en la extirpación de un tumor canceroso. Va mejor en los cánceres localizados que aún no se han

diseminado a otras partes del organismo y se sigue a menudo de radioterapia o quimioterapia para garantizar que se han extirpado todas las células cancerosas (16).

La cirugía preventiva: se utiliza para evitar que se produzca el cáncer. Muchos cánceres de colon pueden prevenirse mediante la extirpación de pólipos precancerosos antes de que se conviertan en malignos. Una mujer con un riesgo muy alto de cáncer de mama puede optar por que le extirpen las mamas en lugar de preocuparse por contraer un cáncer de mama en etapas posteriores de la vida (16).

Cirugía diagnóstica (biopsia): en este procedimiento, el cirujano extirpa una parte o la totalidad de un tumor para examinarlo y determinar si es maligno. Una biopsia puede obtenerse de varias maneras:

- Aspiración con aguja fina (AAF): se introduce una aguja en el tumor y se extrae material para inspeccionarlo al microscopio.
- Biopsia por incisión o escisión: el paciente recibe anestesia local o regional, que duerme la zona, y se practica una pequeña incisión en la piel. El cirujano extirpa un trozo de un tumor grande (incisión) o la totalidad de la masa (escisión) para examinarlo con detenimiento. Cuando el tumor se encuentra en el tórax o el abdomen, se utiliza anestesia general (16).

La cirugía de estatificación: se emplea para determinar la extensión de un cáncer. Este procedimiento puede realizarse en ocasiones sin incisión utilizando pequeñas cámaras (escopios) acopladas a un tubo flexible, que se introducen por los orificios naturales del cuerpo. Un endoscopio se utiliza en cavidades corporales y órganos huecos tales como pulmones, intestino y vías urinarias. Además de permitir que los cirujanos vean la zona sospechosa, estos dispositivos permiten tomar una muestra de tejido. Un laparoscopio se usa para visualizar la cavidad abdominal. Una laparotomía consiste en una pequeña incisión en la cavidad abdominal, realizada bajo anestesia general. Las laparotomías se utilizan cuando la zona sospechosa no puede examinarse mediante procedimientos menos invasivos (16).

La cirugía de apoyo: se utiliza para complementar otros tratamientos contra el cáncer. Por ejemplo, algunos dispositivos de quimioterapia requieren la colocación de un puerto (dispositivo de conexión) bajo la piel (16).

La cirugía reconstructiva: devuelve al organismo un aspecto o función normal o casi normal tras el tratamiento del cáncer. La cirugía reparadora más frecuente es la reconstrucción de una mama después de una mastectomía. La reconstrucción facial y los implantes testiculares también son ejemplos de cirugía reconstructiva (16).

La cirugía paliativa: se usa únicamente para aliviar el dolor, la discapacidad u otras complicaciones derivadas de un cáncer avanzado. La cirugía paliativa puede mejorar la calidad de vida, pero no es una cura ni un tratamiento antineoplásico (16).

2.2.13 Seguridad y anestesia

Aunque los conceptos de calidad aplicados al Sistema de Salud no resultan ser uniformes en su totalidad, sí existen entre ellos un grupo de puntos comunes como son recibir atención médica oportuna, que el personal médico y paramédico que la desempeña sea profesionalmente competente, que se igualen o sobrepasen las expectativas de los pacientes y familiares, que respete los principios éticos de la práctica médica y que resulte ser una atención médica segura. La Anestesiología y Reanimación resulta ser la especialidad médica a la que más le ha tocado desarrollar políticas de una atención médica segura que se revierten en una mejor calidad atencional del paciente, lo que ha hecho que se designe como la especialidad insigne en el cuidado y la seguridad del paciente (4).

De esta manera se puede afirmar que la calidad y la seguridad en la Anestesiología se encuentran íntimamente enlazadas; la seguridad constituye un acápito implícito de gran valor dentro del contexto de la calidad. Más de 200 millones de pacientes son intervenidos quirúrgicamente cada año en el mundo, millones de ellos presentan serias complicaciones relacionadas con el procedimiento quirúrgico y, como resultado, cientos fallecen; actualmente existen evidencias en la literatura de que muchas de estas complicaciones y muertes pudieran ser prevenidas. Con el implemento de listas de chequeo se

incrementa la seguridad del paciente, disminuyen las incidencias de morbilidad y mortalidad y se obtienen mejores resultados en la calidad de los procesos quirúrgicos (4).

En el año 2002 la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud exhorta a la creación de programas encaminados a garantizar la seguridad de los pacientes en el sistema sanitario, en el 2004 nace la Alianza Mundial para la Seguridad de los pacientes y, en enero de 2007, surge el programa “CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS”, que pretende mejorar la seguridad ligada a los procedimientos quirúrgicos para lo que diseñó y recomienda poner en práctica la lista de verificación para garantizar mayor seguridad en las intervenciones quirúrgicas a partir de las experiencias vividas en otras industrias, donde un error puede producir la muerte de muchas personas, como es el caso de la aeronáutica (4).

Las normas más importantes se relacionan con los profesionales anestesiólogos individualmente. Los equipamientos de monitoreo juegan un papel importante en la seguridad de la anestesia, como extensión de los sentidos humanos y habilidades clínicas, pero no son su reemplazo. En el año 2009 la OMS publicó las guías para una operación segura correspondiente al programa “cirugía segura salva vidas” donde proponen una guía de chequeo para la Anestesiología (4).

2.2.14 Aplicación de la lista de verificación segura

Debe haber una única persona encargada de aplicar y rellenar la Lista de verificación durante una operación. Por lo general, ese “Coordinador de la lista” será un enfermero circulante, pero también podría ser cualquier clínico o profesional sanitario que participe en la operación. La Lista de verificación divide la operación en 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), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (Salida) (4).

En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el Coordinador de la lista confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas. A medida que los equipos quirúrgicos se familiaricen 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. Cada equipo debe buscar la manera de incorporar el uso de la Lista de verificación en su quehacer con la máxima eficiencia, causando los mínimos trastornos y procurando al mismo tiempo completar adecuadamente todos los pasos (4).

2.2.15 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 equivocado o la persona equivocada) son poco frecuentes, pero no son un evento “raro” (17).

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 (17).

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 (17).

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 (17).

2.2.16 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 (17).

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 (17).

Desde esa iniciativa internacional se trabaja en un instrumento de tipo “CheckList”: 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 (17).

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” (17).

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 (17).

2.2.17 Antes de la inducción de la anestesia

El Ingreso de los datos en esta parte de la Lista, ha de completarse antes de la inducción anestésica. Requiere, como mínimo, de la presencia del anestesiólogo y del personal de enfermería. Los controles en la entrada son los siguientes:

- Confirmar el consentimiento del paciente para cirugía y anestesia.
- Confirmación con el paciente la identificación, localización quirúrgica y

Procedimiento. Es recomendable verificar los datos del paciente como identidad y número de DNI / historia clínica / fecha de nacimiento.

- Cuando sea imposible la confirmación por parte del paciente, como es el caso de niños, pacientes incapacitados o pacientes no identificados (NN) un tutor, miembro de la familia o responsable puede asumir este rol (18).
- Confirmar que se ha marcado el sitio quirúrgico. El cirujano que realiza la intervención ha marcado el sitio de la cirugía, graficando una flecha, sobre todo en el caso de que implique lateralidad (distinguir derecha o izquierda) o múltiples estructuras o niveles (un dedo concreto de la mano o del pie, una lesión de la piel, una vértebra) (18).
- Chequeo completo de seguridad anestésica:
 - ✓ Examen del equipo para la vía aérea.
 - ✓ Respiración (que incluye oxígeno y agentes inhalatorios).
 - ✓ Aspiración.
 - ✓ Drogas y dispositivos.
 - ✓ Medicación de emergencias y equipamiento, confirmando su disponibilidad y funcionamiento.
 - ✓ Pulsioximetría en el paciente y que esté funcionando.
 - ✓ ¿Tiene el paciente alguna alergia conocida?
 - ✓ ¿Tiene el paciente alguna dificultad en la respiración?
 - ✓ ¿Tiene el paciente riesgo de perder más de 500 ml. de sangre?

2.2.18 Antes de la incisión cutánea o pausa quirúrgica

La “Pausa Quirúrgica” es una pausa momentánea que se toma el equipo quirúrgico justo antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles de seguridad esenciales (18).

- Antes de comenzar con la “Pausa Quirúrgica” cada integrante del equipo quirúrgico debe identificarse con su nombre y función.
- El cirujano, enfermera y anestesiólogo confirman verbalmente: nombre del paciente, procedimiento a realizar.

- Todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica.
- Profilaxis antibiótica administrada en los últimos 60 minutos Para reducir el riesgo de infección quirúrgica.
- Previsión de incidentes críticos y de planes de la intervención.
- Visualización de las imágenes esenciales para asegurar una adecuada
- Otras verificaciones. Los equipos han de tomar en consideración. Llegado a este punto la pausa quirúrgica se ha completado, y el equipo puede proceder con la intervención (18).

2.2.19 Antes de que el paciente salga del quirófano

Ha de completarse antes de retirar el campo estéril. Ha de cumplirse idealmente durante la preparación final de la herida antes que el cirujano abandone el quirófano (18).

El cirujano revisa con todo el equipo:

- Si el procedimiento se ha realizado exactamente como estaba planificado, el procedimiento puede haberse cambiado o ampliado, dependiendo de los hallazgos intraoperatorio o las dificultades técnicas.
- Eventos intraoperatorios importantes, cualquier evento durante la cirugía que puede poner en riesgo al paciente o incrementar los riesgos en el postoperatorio.

El plan postoperatorio, en particular las indicaciones relativas al cuidado de la herida, drenajes, especificaciones sobre la medicación (18).

- El anestesiólogo revisa con todo el equipo: Cualquier evento relacionado con la anestesia, particularmente aquellos no evidentes para todo el equipo. Dichos eventos pueden incluir hipotensión, alteraciones del ritmo o frecuencia cardiaca, punción accidental de la duramadre, dificultades relacionadas con la vía aérea, los fluidos o accesos intravenosos (18).
- La enfermera revisa con todo el equipo: confirmar verbalmente que ha culminado el recuento final de gases e instrumental, la identificación de

las muestras biológicas obtenidas durante el procedimiento, leyendo en voz alta el nombre del paciente, la descripción de la muestra (18).

- Con este paso final se completa el listado de verificación de seguridad. En la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía debe figurar la firma y fecha del registrador, posterior a ello, el original de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía deberá incluirse en la historia clínica del paciente y opcionalmente una copia ha de guardarse en un archivo destinado para este fin, con la finalidad que sea accesible para las revisiones a realizarse durante los procesos de garantía de calidad (18).

2.3. MARCO LEGAL

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR:

Cap. II, Sección 7, Art. 32 “DERECHOS DEL BUEN VIVIR”.

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” (3).

EL PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR 2017-2021

Objetivo 1, Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas: Las ecuatorianas y ecuatorianos hemos decidíó construir una sociedad que respeta, protege y realiza los derechos, en todas sus dimensiones, a lo largo del ciclo de vida, de todas las personas – individuales y colectivas–, para asegurar una vida digna con iguales oportunidades para todos y todas. Un componente primordial de una vida digna constituye la salud, pues la misma repercute tanto en el plano individual como en el poblacional, no solo de manera episódica, sino a lo largo del tiempo y con efectos trans generacionales. Esta visión integral de la salud y sus determinantes, exhorta a abordar los temas de promoción de la salud; la mala nutrición; prevención, control y eliminación de enfermedades transmisibles; la prevención y control de las no transmisibles; el desarrollo de redes de servicios de salud centrados en las necesidades de sus usuarios en todo el curso de vida y la generación de un sistema de salud, que llegue a toda la población de forma descentralizada y con enfoque territorial y pertinencia cultural.(3).

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR.

La Constitución aprobada en el 2008, constituye el marco normativo que rige la organización y vida democrática del país, representa un nuevo pacto social para la garantía y ejercicio de los derechos y responsabilidades en función del logro del Buen Vivir, el Sumak Kawsay (3).

LEY ORGÁNICA DEL SERVICIO PÚBLICO.

Art. 6: Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública, 3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares” (3).

A partir del 07 de Noviembre del 2013, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador adopta como normativa para realizar prácticas quirúrgicas seguras las Normas Internacionales de la OMS, emitiendo bajo Acuerdo Ministerial del MSP el cual expresa lo siguiente (3).

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 Segura 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) (3).

Mediante el cual, la Dirección de Calidad de los Servicios de Salud, vigila y controla el cumplimiento de dicha disposición, asegurando así que se adopte medidas de seguridad esenciales, que sirvan para minimizar los riesgos evitables más comunes, que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos y de su aplicación en los Hospitales del Segundo y Tercer nivel de Atención” (3).

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 cirujanos oncólogos 33, cirujanos generales 33, anesthesiólogo 17, instrumentistas 9 y 8 circulantes auxiliares de enfermería del área quirúrgica de un hospital de especialidades de la ciudad de Guayaquil.

3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Equipo quirúrgico que aborda la especialidad oncológica, durante la ejecución de la investigación dentro de la elaboración del trabajo de titulación, año 2019.

Criterios de exclusión:

- Equipo quirúrgico de otras especialidades

3.4 Técnicas y procedimientos para la recolección de datos

Para obtener la información de este trabajo de investigación se elaboró un instrumento para la recolección de la información y detallar el conocimiento del equipo quirúrgico (encuesta), 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 (Chesk list) para caracterizar el cumplimiento del equipo quirúrgico en las actividades de la lista de verificación de la cirugía segura.

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.

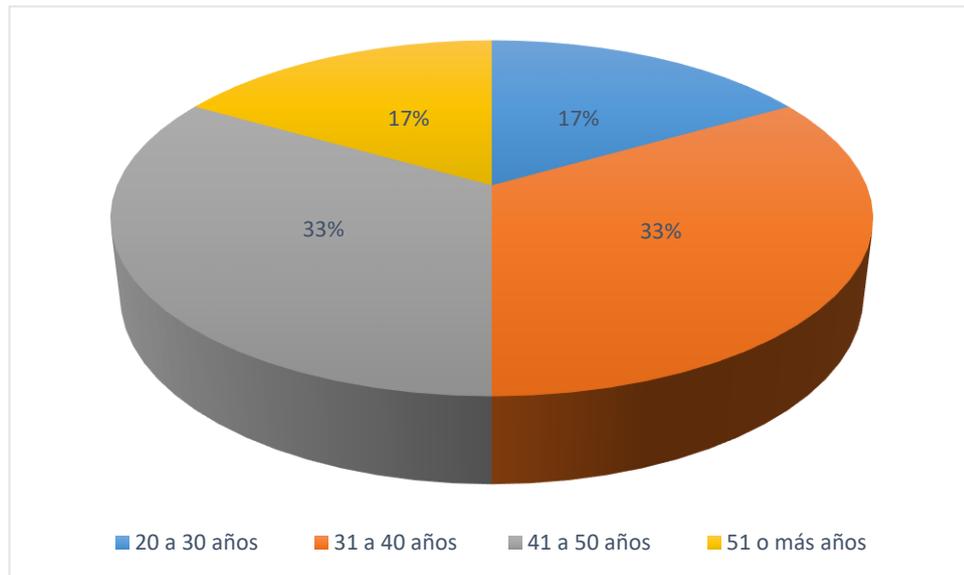
DIFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	TÉCNICA/INTRUMENTOS
<p>La lista de verificación segura es una herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de defunciones quirúrgicas innecesarias (19). Esta herramienta ha sido implementada en todo el mundo y fomenta el diálogo dentro de equipos multidisciplinares y el uso rutinario de verificaciones de seguridad para minimizar el daño a nuestros pacientes (20)</p>	Características del equipo quirúrgico	Edad	20 a 30 años 31 a 40 años 41 a 50 años 51 o más años	ENCUESTA
		Sexo	Hombre Mujer	
		Profesión	Médico especialista Médicos Residente Post- Gradistas Licenciada en Enf. Lic. En anestesiología Auxiliares en Enf.	
		¿Qué función que desempeña en el equipo quirúrgico?	Cirujano Oncólogo Cirujano General Anestesiología Circulante instrumentista	
		Años de Experiencia	1 a 5 años 6 a 10 años 11 A 15 años 16 a más años	
	Conocimiento del equipo quirúrgico	¿Conoce usted la existencia de la lista de verificación segura en el área?	Si No	ENCUESTA
		¿Ha recibido capacitación sobre la lista de verificación de cirugía segura?	Si No A veces	
		¿Cuántas veces ha recibido capacitación en relación a la cirugía segura?	Cada mes Cada 3 meses Cada 6 meses 1 vez por año	
		Usted aplica la lista de verificación de cirugía segura en los procesos quirúrgicos	Si No A veces	

	Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura	En La Entrada	Ha confirmado la identidad del paciente	Si No A veces	GUÍA DE OBSERVACIÓN DIRECTA (CHESK LIST)
			Ha marcado el sitio quirúrgico	Si No A veces	
			Ha completado la comprobación de los aparatos y medicación de la anestesia	Si No A veces	
			Ha colocado el Pulsioxímetro al pacientes	Si No A veces	
			Alergias conocida del paciente	Si No A veces	
		Pausa	Presentación de todos los miembros del equipo	Si No A veces	GUÍA DE OBSERVACIÓN DIRECTA (CHESK LIST)
			Confirmar la identidad del paciente	Si No A veces	
			Se ha administrado profilaxis	Si No A veces	
			Previsión de eventos críticos Cirujano	¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados ¿Cuánto durara la operación? ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?	
			Previsión de eventos críticos Anestesista	¿Presenta el paciente algún problema específico?	
			Previsión de eventos críticos Equipo de enfermería	¿Se ha confirmado la esterilidad? Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos.	
			Pueden visualizarse las imágenes diagnosticas esenciales	Si No A veces	

		Salida	Enfermero: Confirma verbalmente el nombre del procedimiento	Si No A veces	GUÍA DE OBSERVACIÓN DIRECTA (CHESK LIST)
			Enfermero: El recuento de instrumentos, gasas y agujas	Si No A veces	
			Enfermero: Etiquetado de las muestras en voz alta	Si No A veces	
			Enfermero: Si hay problema que resolver relacionados con el instrumental y los equipos	Si No A veces	
			Cirujano, anestesista y enfermero indican cuales son los momentos críticos de la recuperación y tratamiento del paciente	Si No A veces	

PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS

GRÁFICO 1: ¿Qué edad tiene usted?



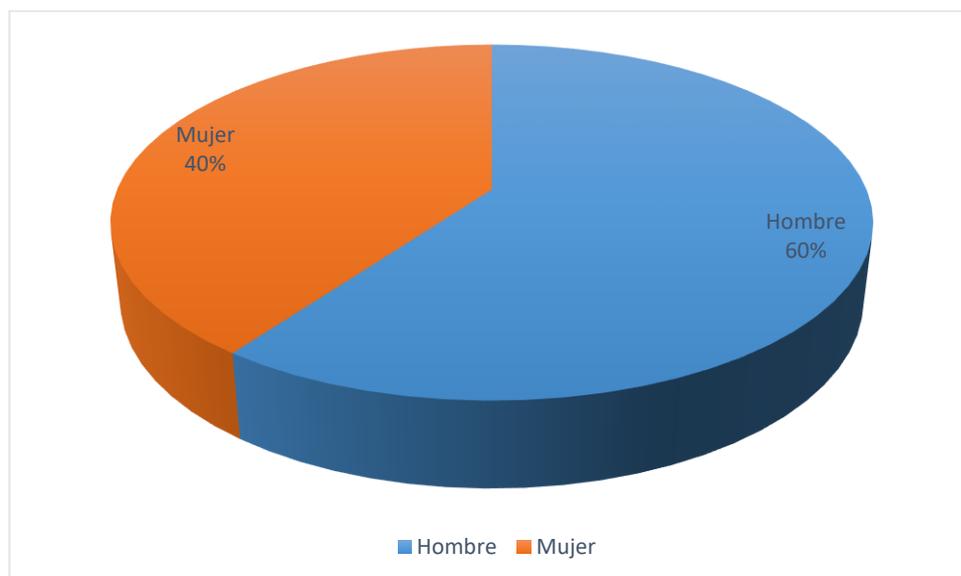
Fuente: Cuestionario de preguntas

Elaborado por: Zúñiga Lisbeth y Vaca Estefanía

ANÁLISIS:

En esta representación gráfica se observa que hay un predominio en relación a la edad de los que conforman el equipo quirúrgico y está dado por el 33% que está entre las edades de 31 a 40 y 41 a 50 años, lo que nos proporciona información que son ellos los que poseen más grado de responsabilidad al momento de aplicar o ejecutar la lista de verificación segura en los quirófanos oncológicos.

GRÁFICO 2: ¿A qué sexo pertenece?



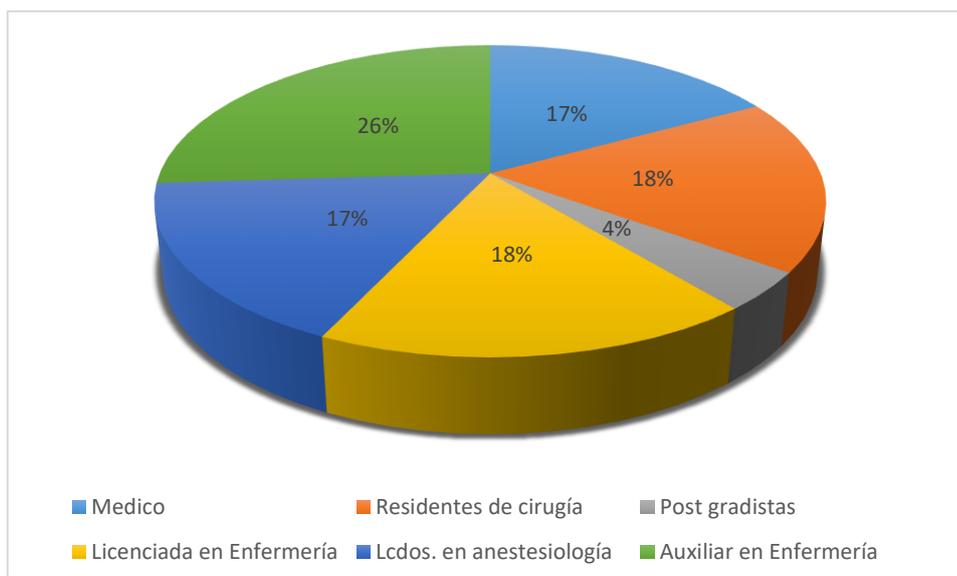
Fuente: Cuestionario de preguntas

Elaborado por: Zúñiga Lisbeth y Vaca Estefanía

ANÁLISIS:

Según la información obtenida mediante el cuestionario, existe un predominio en el sexo ya que el equipo quirúrgico lo conforma en su gran mayoría los hombres con el mayor porcentaje.

GRÁFICO 3: ¿Que profesión ocupa en el area?



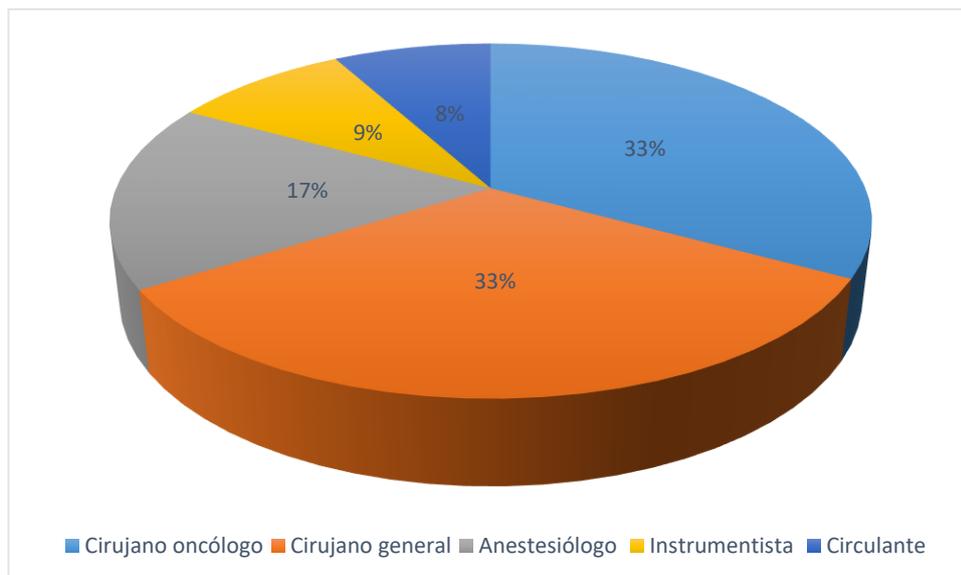
Fuente: Cuestionario de preguntas

Elaborado por: Zúñiga Lisbeth y Vaca Estefanía

ANÁLISIS:

Las unidades quirúrgicas no solo están integradas por los quirófanos sino también por otras áreas que en conjunto ayudan al paciente antes durante y después de la cirugía y por consiguiente lo conforman una serie de profesionales que juntos velan por la salud del paciente en el grafico se puede observar que el mayor porcentaje los ocupan las auxiliares y esto se puede deber a que ellas son las que da el cuidado directo al paciente y a toda hora.

GRÁFICO 4: ¿Que función desempeña en el equipo quirúrgico?

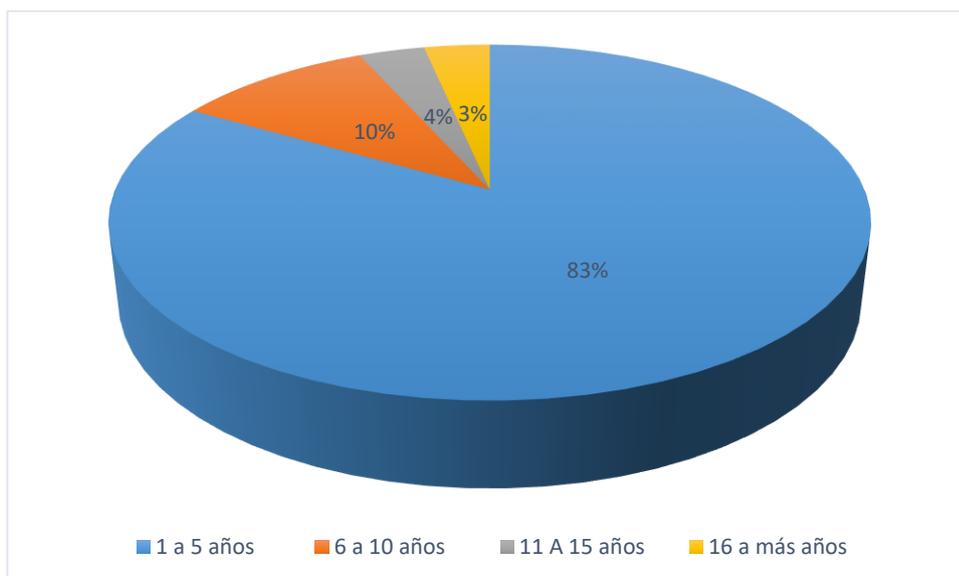


Fuente: Cuestionario de preguntas
Elaborado por: Zúñiga Lisbeth y Vaca Estefanía

ANÁLISIS:

El equipo quirúrgico es el personal que está capacitado para proporcionar cuidado durante la cirugía y está conformado por diferentes profesionales de la salud en los datos obtenidos del personal encuestado se puede observar que el cirujano oncólogo y el cirujano general ocupan el mayor porcentaje a diferencia que los anestesiólogos, los instrumentistas y circulantes.

GRÁFICO 5: Años de experiencia



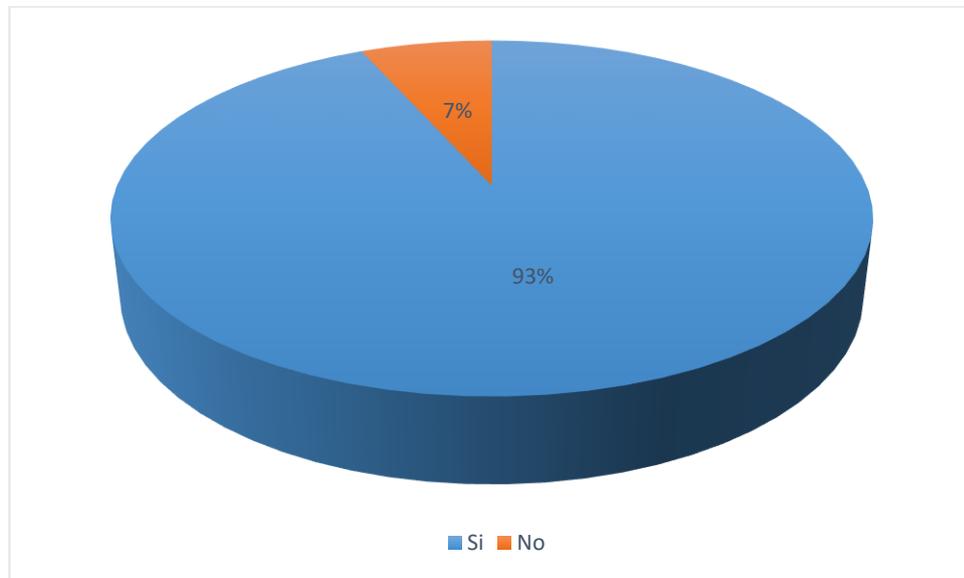
Fuente: Cuestionario de preguntas

Elaborado por: Zúñiga Lisbeth y Vaca Estefanía

ANÁLISIS:

Se puede realizar la comparación de que el equipo quirúrgico tiene una experiencia que va de 1 a 5 años es una población que posee pocos años de experiencia sin embargo tienen un alto nivel de responsabilidad al momento de realizar su trabajo, en relación con los que tienen más de 16 años que por su experiencia están siempre atentos a cualquier evento que se pueda presentar en las cirugías.

GRÁFICO 6: ¿Conoce usted la existencia de la Lista de Verificación Segura en el área?

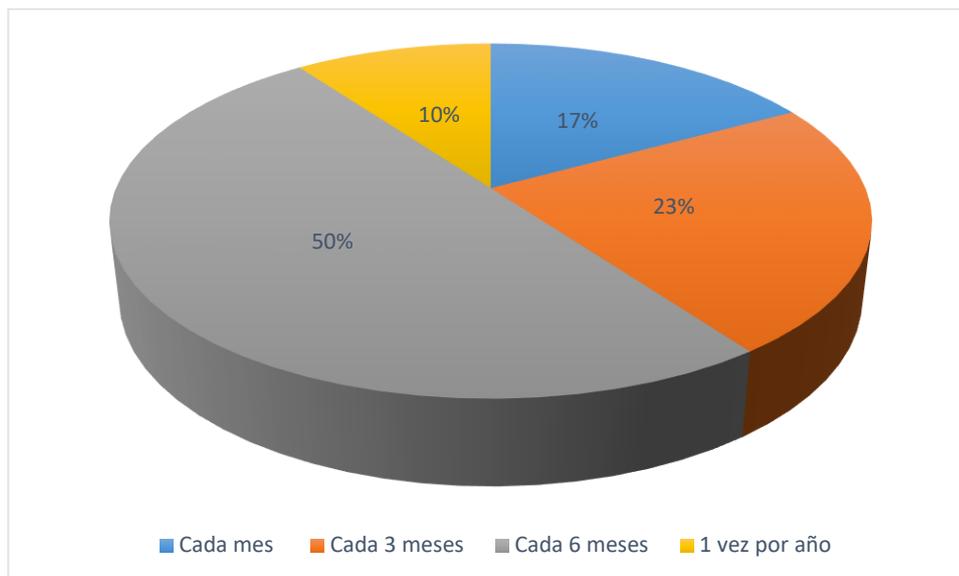


Fuente: Cuestionario de preguntas
Elaborado por: Zúñiga Lisbeth y Vaca Estefanía

ANÁLISIS:

Conocer si en el área de quirófano existe la lista de verificación de cirugía segura es algo de suma importancia, ya que esta lista debe ser aplicada a todo paciente que va a ser sometido a un procedimiento quirúrgico, por lo que la hace necesaria e imprescindible que todos los miembros del equipo quirúrgico deben conocerla. Según los datos obtenidos el mayor porcentaje del equipo quirúrgico si la conoce, más sin embargo no es aplicada en su total porcentaje.

GRÁFICO 7: ¿Cuántas veces ha recibido capacitación en relación a la lista de la cirugía segura?



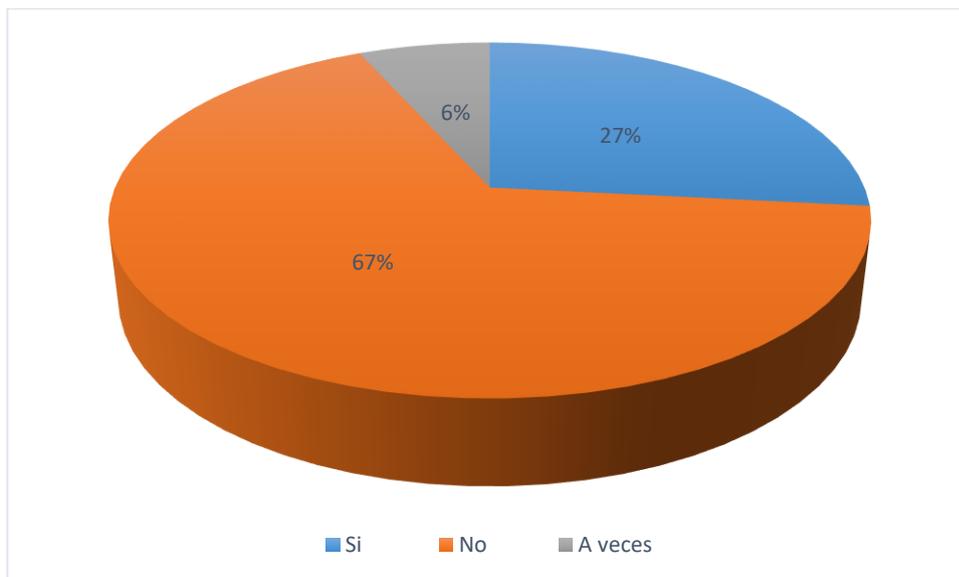
Fuente: Cuestionario de preguntas

Elaborado por: Zúñiga Lisbeth y Vaca Estefanía

ANÁLISIS:

Recibir capacitación sobre la lista de verificación de cirugía segura es de gran importancia ya se evitara n problemas no deseados, sin embargo según los datos obtenidos en el cuestionario de preguntas el 50% personal manifiesta que recibe capacitaciones 1 vez por año, sin embargo lo esencial e importante sería que el personal conozca de este tema en su totalidad y es así que se debería capacitar por lo menos cada mes.

GRÁFICO 8: ¿Ha recibido capacitación sobre la Lista de Verificación Segura?

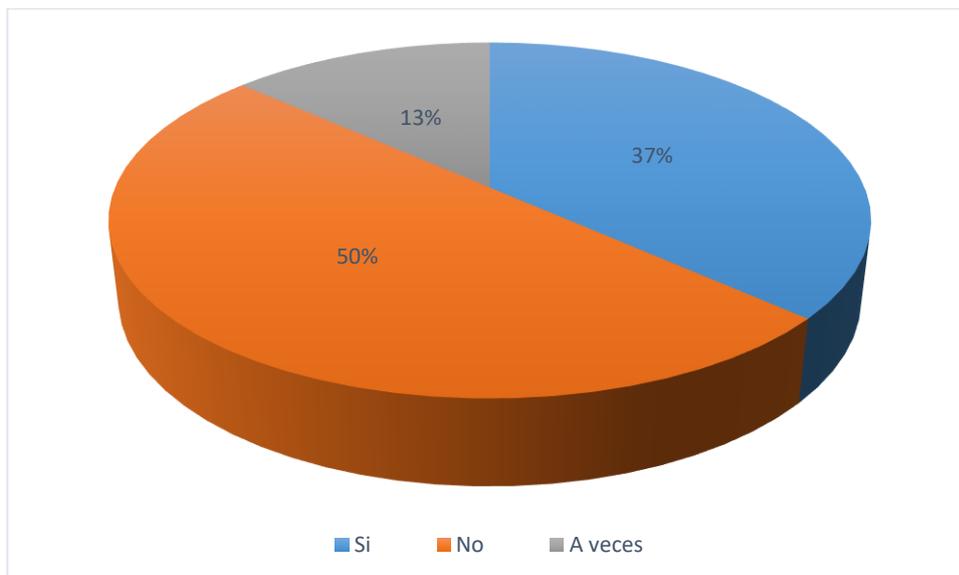


Fuente: Cuestionario de preguntas
Elaborado por: Zúñiga Lisbeth y Vaca Estefanía

ANÁLISIS:

Recibir capacitación sobre la lista de verificación de cirugía segura asegura la buena utilización de esta en el momento del acto quirúrgico ya que se pueden prevenir complicación y eventos adversos no deseados pero sin embargo según los datos obtenidos en el cuestionario de preguntas más del 50% del personal del personal manifiesta que no ha recibido capacitaciones sobre este tema el 27% que sí y el 6% a veces, problema de importancia porque todo el personal en especial el equipo quirúrgico debe recibir ya que es a diario que se realizan cirugías oncológicas en esta casa de salud.

GRÁFICO 9: Usted aplica la lista de verificación de cirugía segura en los procesos quirúrgicos

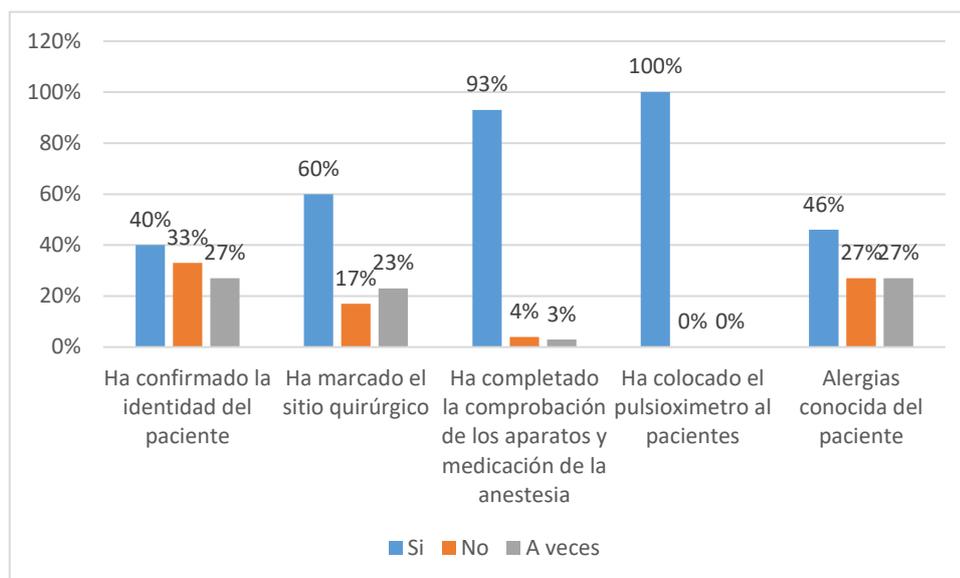


Fuente: Cuestionario de preguntas
Elaborado por: Zúñiga Lisbeth y Vaca Estefanía

ANÁLISIS:

La lista de verificación de cirugía segura es una herramienta que la organización mundial de la salud implemento a nivel mundial para minorar la mortalidad en la cirugías, aplicarla es de gran importancia sin embargo el 50% contesta en el cuestionario que no lo hace y se pudo corroborar con la observación directa que se hizo al personal al recolectar los datos que este porcentaje es real.

GRÁFICO 10: Fase de Entrada



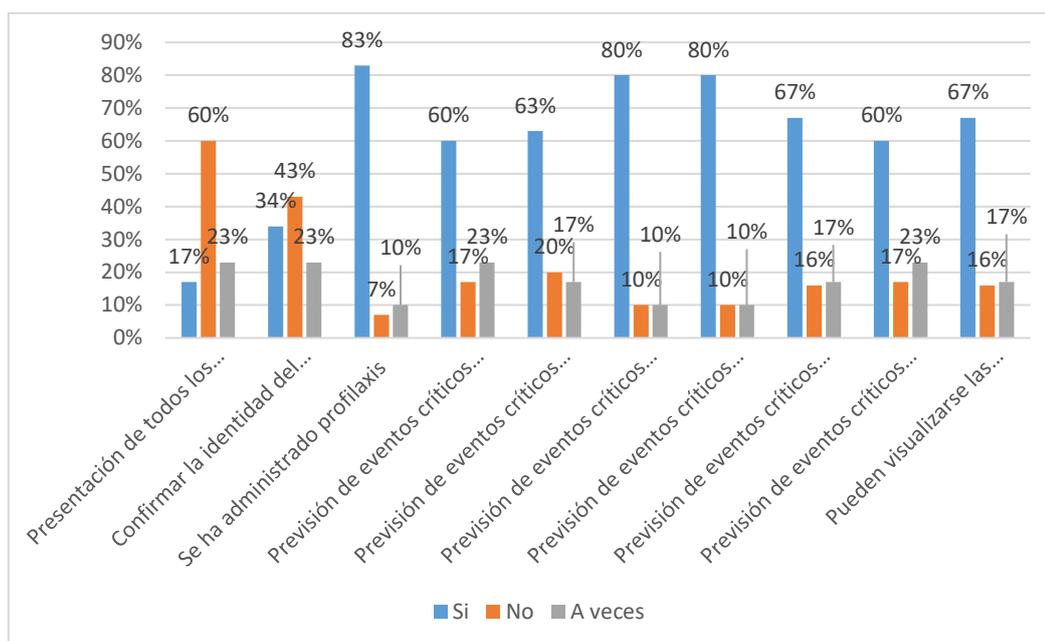
Fuente: **Guía de observación directa**

Elaborado por: Zúñiga Lisbeth y Vaca Estefanía

ANÁLISIS:

En el gráfico que se detalla, la fase de la entrada no se completa en su totalidad todas las acciones del checklist, que lo correcto debería completar esta etapa en un 100% ya que este es el periodo posterior de la inducción de la anestesia y anterior a la incisión y es aquí donde se podría evitar eventos no deseados como operar al paciente incorrecto, con el fin de confirmar la seguridad del paciente y el éxito del procedimiento, sin embargo solo la colocación del Pulsioxímetro es lo que se completa en un 100%

GRÁFICO 11: Fase pausa quirúrgica



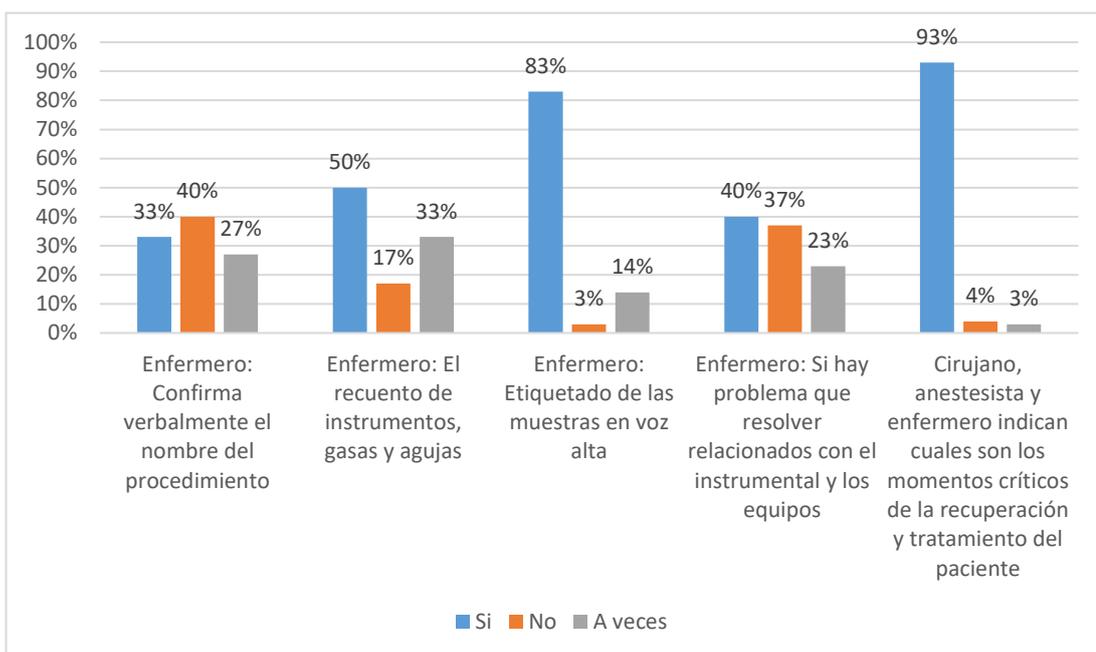
Fuente: Guía de observación indirecta

Elaborado por: Zúñiga Lisbeth y Vaca Estefanía

ANÁLISIS:

En la segunda fase o pausa quirúrgica la presentación de los miembros del equipo quirúrgico es una norma que se detalla en la lista de verificación de la cirugía segura, norma o regla que debe ser cumplida como pausa al inicio de la cirugía sin embargo no en todas las cirugías de las que se pudo observar hubo la presentación de los profesionales más del 50 % de los profesionales no se presentaron ante el equipo siendo esta uno de los primeros puntos, por otra parte otra de las normas que no se cumplió fue la de confirmar la identidad del pacientes.

GRÁFICO 12: Fase Salida



Fuente: **Guía de observación indirecta**

Elaborado por: Zúñiga Lisbeth y Vaca Estefanía

ANÁLISIS:

En la fase de controles hay que efectuar controles antes de que el paciente salga del quirófano para así facilitar la información correspondientes e importante a los equipos que van a atender al paciente sin embargo no se pudo constatar en la mayoría de las cirugías que se observaron que confirmaron verbalmente el nombre el procedimiento por otra parte la incorrecta rotulación o etiquetado de las muestras anatomopatológicas puede ser desastrosa para el paciente ya que no se dará el correcto diagnóstico y por consiguiente un correcto tratamiento, de las 30 cirugías que se observaron la mayoría de las muestras fueron rotuladas pero no como se detallan en los protocolos.

DISCUSIÓN

En un estudio desarrollado en Brasil en el año 2017 por Taporoky concluyo que los checklists se consideran instrumentos para coordinar la asistencia, promover la unión del equipo y reducir las complicaciones postoperatorias. Estos estudios demuestran que el uso de checklists es una práctica alentada por reducir la dependencia de la memoria y la intuición y reducir los errores, convirtiéndose así en sinónimo de las mejores prácticas en contextos de alto riesgo (11). Sin embargo en nuestra investigación consideramos que la unión del equipo quirúrgico, que no se da, es por este motivo, relacionamos con el estudio ya que no se utiliza debidamente la lista de verificación quirúrgica en los quirófanos de oncología y al no a ver coordinación de parte del equipo quirúrgico no se cumplirá adecuadamente esta herramienta.

Otro estudio realizado por López en Colombia en el 2016 nos dice en su artículo de revisión que Indudablemente, la experiencia del cirujano, anesthesiólogo y equipo quirúrgico son factores cruciales para reducir errores; sin embargo, estos en su mayoría son prevenibles si se instauran y protocolizan las medidas necesarias. La implementación de la lista de verificación de Cirugía Segura Salva Vidas es una iniciativa multifacética y participativa para reducir el daño al paciente mediante una atención quirúrgica más segura (2). En nuestra investigación la lista de verificación segura no es cumplida en su totalidad del 100% pero en los ítems donde los cirujanos y anesthesiólogos participan si cumplen en más del 50%, esto a su vez evita complicaciones en la recuperación del paciente.

Sin embargo Moreta en Ecuador, en su trabajo de investigación nos dice que para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de acontecimientos o complicaciones la OMS ha creado la lista de verificación segura esta lista de verificación tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre disciplinas clínicas. La lista está pensada como herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de defunciones quirúrgicas innecesarias (4). Sin embargo como ya menciono en los hospitales del

Ecuador también se ha implementado esta lista pero no es socializada como tal por parte de las instituciones para el personal que a pesar que tienen conocimiento sobre el tema no lo practican.

CONCLUSIONES

Basándonos en nuestra investigación con los datos obtenidos del cuestionario de preguntas realizado al equipo quirúrgico y la con la guía de observación indirecta que se realizó en 30 cirugías, en los quirófanos oncológicos del hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo, en cuanto al cumplimiento de la lista de verificación de la cirugía segura podemos concluir con lo siguiente:

1. En las características sociodemográficas del personal que integra el equipo quirúrgico en el área de oncología en su mayor porcentaje su edad oscila entre 31 a 40 años y 41 a 50 años, la mayoría son hombres, tienen de 1 a 5 años trabajando en el área, como profesión en su mayor porcentaje lo ocupan las auxiliares de enfermería, cirujanos oncólogos y generales
2. El mayor porcentaje del equipo quirúrgico que fue encuestado saben y conocen de la existencia de la lista de verificación de cirugía segura pero no lo ponen en práctica en su totalidad ya que reciben capacitación 1 vez por año y la mayoría menciona que no han recibido charlas sobre este tema de parte de la institución y es por esta razón que no aplican el check list de la lista de verificación en su totalidad.
3. El cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura durante la entrada pausa y salida del paciente, no se cumple a cabalidad por el equipo quirúrgico, la confirmación del paciente es monótona ya que se hace sin importancia, el marcado quirúrgico si se realiza en su mayoría pero debería realizarse en todas las cirugías, la comprobación de los equipos de anestesia se cumplen por los profesionales encargados de esto, el Pulsioxímetro al ser parte de la preparación del paciente es algo que lo hacen con suma responsabilidad, la presentación del equipo quirúrgico se da apenas en un 17%, esto refleja que los profesionales operan sin saber con quién están trabajando lo cual afecta directamente la comunicación del equipo quirúrgico, el recuento de materiales debe de hacerse en su totalidad sin embargo el 50% no lo hace, el etiquetado de las muestra se realizó en toda las cirugías pero no se completaron como los protocolos lo describen, ya que no se

describían los nombres completos, procedimiento realizados, edad del paciente o historia clínicas, en su mayoría solo describían un nombre y un apellido del paciente sin el nombre de la muestra extraída.

RECOMENDACIONES

1. Al comité de gestión de calidad del hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo debe incentivar al equipo quirúrgico para que se realice el cumplimiento del chequeo de la lista de verificación de la cirugía segura ya que según lo observados no se cumple en un 100 %.
2. A la coordinadora de los quirófanos de oncología debe realizar un cronograma de reuniones, capacitación y seguimiento sobre este proceso para que se cumpla con aplicación de dicha lista de verificación de cirugía segura.
3. Que el profesional y no profesional de enfermería debe asumir con responsabilidad y concienciación en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, a pesar de todas las dificultades debe de tener actitud y liderazgo comprometiéndose así con todo el equipo quirúrgico. Para que la lista de verificación de cirugía segura sea aplicada en su totalidad se debe concientizar al personal e integrantes del equipo quirúrgico que este instrumento sencillo puede evitar muchas complicaciones y hasta la muerte del paciente.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. La cirugía segura salva vidas: segundo reto mundial por la seguridad del paciente. [Online].; 2018 [cited 2019 Diciembre 01. Available from: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&alias=83-la-cirurgia-segura-salva-vidas&category_slug=politicas-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=599.
2. 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.
3. Lopez T, Palacios M, Bernald A. Protocolo de cirugía segura. [Online].; 2015 [cited 2019 Noviembre 01. Available from: <http://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/PROTOCOLO-DE-CIRUGIA-SEGURA.pdf>.
4. 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 en el Hospital Eugenio Espejo en marzo del año 2015. [Online].; 2015 [cited 2019 Noviembre 24. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4753/1/T-UCE-0006-131.pdf>.
5. 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.
6. Marin HdECA. Prácticas Quirúrgicas Seguras. [Online].; 2017 [cited 2019 Noviembre 09. Available from: <https://hcam.iess.gob.ec/?p=5147>.
7. 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>.
8. Solor A, Perez L. El check list como herramienta para el desarrollo de la seguridad al paciente quirúrgico. Rev cuba anestesiología reanim. 2015; 14(1): p. 51-52.

9. Pozo C. Verificación de la Lista de Chequeo para la Cirugía Segura establecida por la OMS, desde la perspectiva del paciente, en el hospital metropolitano. [Online].; 2015 [cited 2019 Noviembre 24. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4649/1/T-UCE-0006-120.pdf>.
10. Correa J, Figueroa J, Castaño R. Principios de cirugía oncológica. Rev Colomb Cir. 2016; 31(2): p. 185-96.
11. Taporosky F, Drehmer E, Dyniewicz A. Cirugía segura: validación de checklist pre y postoperatorio. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017; 25(2907): p. 2-3.
12. Gonzalez M. Lista de verificación de seguridad de la cirugía, un paso más hacia la seguridad del paciente. Fundacion de Enfermeria de Cantabria. 2019; 2(8): p. 2-3.
13. Vargas P. Posición del equipo quirúrgico en la enseñanza. Rev Act Clin Med. 2015; 15: p. 865-869.
14. Correa J, Figueroa J, Castaño R. Principios de cirugía oncológica. Revista Colombiana de Cirugía. ; 31(3): p. 185-196.
15. Rodriguez J. El vínculo afectivo entre personas con cáncer y sus familias como factor de resiliencia. [Online].; 2017 [cited 2019 Noviembre 24. Available from: https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/405842/JRR_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
16. MD Anderson Madrid. Cirugía oncológica. [Online].; 2019 [cited 2019 Diciembre 01. Available from: <https://mdanderson.es/el-cancer/tratamientos/cirugia>.
17. Rodriguez H. Descripción de la aplicación de la lista de verificación quirúrgica en el servicio de cirugía del hospital privado de Cordova Argentina. [Online].; 2015 [cited 2019 Noviembre 09. Available from: http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/rodriguez_heidi_veronica.pdf.
18. Colan C, Herrera A, Suire M. Nivel de Cumplimiento en la aplicación de La Lista de Verificación Segura en la Unidad de Centro Quirúrgica de dos hospitales del MSP. [Online].; 2017 [cited 2019 Noviembre 24. Available from: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/990/Nivel_ColanPineda_Cielo.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
19. 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.

20. Woodman N, Walker I, Duarte J. Lista de verificación de la seguridad quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2016 [cited 2019 Noviembre 24. Available from: https://www.wfsahq.org/components/com_virtual_library/media/1fbdfc24e92f9911d7b74c879d9af2ca-325-Lista-de-chequeo-para-la-seguridad-quiru--rgica-de-la-Organizacio--n-Mundial-de-la-Salud.pdf.
21. Organizacion Mundial de la Salud. La Cirugia Segura Salva Vidas. [Online].; 2015 [cited 2019 Noviembre 24. Available from: https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf.
22. Caisahuana J, Cisnero D, Pizarro K. Verificacion del cumplimiento de la lista de cirugia segura por la enfermera del centro quirurgico. [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.
23. Zambrano V. Practica Organizacional Requerida Cirugia Segura: Hospital Dr. Napoleon Davila Cordova. [Online].; 2015 [cited 2019 Noviembre 09. Available from: <http://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2015/10/CIRUG%C3%8DA-SEGURA.pdf>.

ANEXOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



CIENCIAS MÉDICAS

Guayaquil, 12 de Marzo del 2020

Señor Magister

Carlos Enrique Mawyin Muñoz

Coordinación General de Docencia

Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Se autoriza
TUTOR A: DR. MILTON
CARBO GUILLERMO

De mis consideraciones:

Nosotras, Srta. Estefania Alejandra Vaca Vela y Srta. Lisbeth Katherine
Zuñiga Guijarro estudiantes de la Carrera de Enfermería de la Universidad
Católica de Santiago de Guayaquil, reciba un cordial saludo de nuestra parte.
El motivo de la presente es para solicitar autorización para hacer nuestro tema de
trabajo de titulación **Cumplimiento de la lista de verificación segura en el área
de oncología en el hospital Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de
Guayaquil**, que ya ha sido aprobado por la Comisión Académica, además
comunico que el tutor asignado es la Lcda. Cristina González.

Dr. Carlos Mawyin Muñoz
COORDINADOR GENERAL DE DOCENCIA
H.S.S. HOSPITAL REG. DR. T.M.C

Nos despedimos de usted, quedándonos muy agradecida por la atención
brindada.

Defensora

Dr. Jorge Valencia Moreira
Cirujía/Oncología Urología
Reg. N.º 5460

Estefania Vaca Vela
Estefania Alejandra Vaca Vela
Ci: 092319887-3

Lisbeth Zuñiga
Lisbeth Katherine Zuñiga Guijarro
Ci: 094211886-0

REDMI NOTE 7
AI DUAL CAMERA

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



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 el área oncológica en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, año 2019.

OBJETIVO: Recabar datos para sustentar el trabajo investigativo en relación al 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.

INTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADO:

- Es un cuestionario de 9 preguntas, no requiere escribir sus datos personales
- Escriba con una X en los casilleros 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. ¿Qué profesión ocupa en el área? Médico especialista () Médicos Residente () Post- Gradistas () Licenciada en Enf. () Lic. En anestesiología () Auxiliares en Enf. ()	4. ¿Qué función desempeña en el equipo quirúrgico? Cirujano oncológico () Cirujano general () Anestesiólogo () Instrumentista () Circulante ()
5. Años de experiencia 1 a 5 años () 6 a 10 años () 11 A 15 años () 16 a más años ()	6. ¿Conoce usted la existencia de la lista de verificación segura en el área? Si () No ()
7. Cuántas veces ha recibido capacitación en relación a la cirugía segura Cada mes () Cada 3 meses () Cada 6 meses () 1 vez por año ()	8.-Ha recibido capacitación sobre la lista de verificación Si () No () A veces ()
9.-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**

TEMA: Cumplimiento de la lista de verificación de la cirugía segura en el área oncológica en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, año 2019.

OBJETIVO: Recolectar información por medio de la observación directa 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:

- Revise cada expediente clínico y registre 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 las aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en los procedimientos quirúrgicos	Antes	Actividades				
		Ha confirmado la identidad del paciente				
		Ha marcado el sitio quirúrgico				
		Ha completado la comprobación de los aparatos y medicación de la anestesia				
		Ha colocado el Pulsioxímetro al paciente				
		Alergias conocidas del paciente				
	Pausa	Presentación de todos los miembros del equipo				
		Confirmar la identidad del paciente				
		Se ha administrado profilaxis				
		Previsión de eventos críticos cirujano	Pasos críticos o no sistematizados			
			Cuanto durara la operación			
			Cuál es la pérdida de sangre prevista			
		Previsión de eventos críticos anesthesiologo	Presenta el paciente algún problema específico			
			Previsión de eventos críticos enfermera	Se ha confirmado la esterilidad		
		Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos				
		Se pueden visualizar las imágenes diagnosticas esenciales				

	Salida	Enfermero: Confirma verbalmente el nombre del procedimiento			
		Enfermero: El recuento de instrumentos, gasas y agujas			
		Enfermero: Etiquetado de las muestras en voz alta			
		Enfermero: 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 2: cuestionario de preguntas



Ilustración 4: cuestionario de preguntas

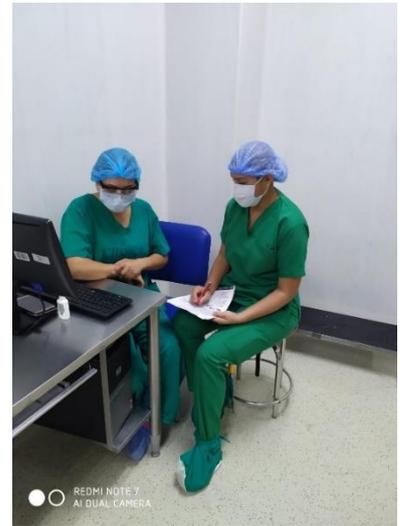


Ilustración 3: cuestionario de preguntas



Ilustración 1: cuestionario de preguntas



Ilustración 5: cuestionario de preguntas

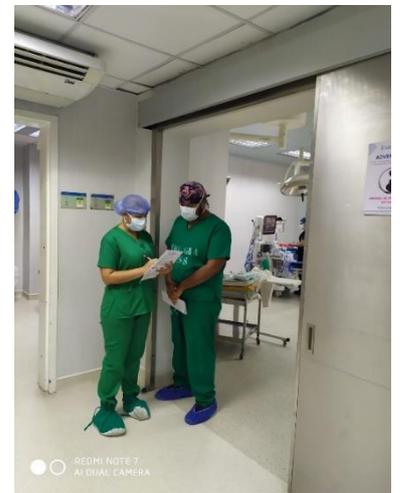


Ilustración 6: cuestionario de preguntas



Ilustración 9: cuestionario de preguntas



Ilustración 7: cuestionario de preguntas

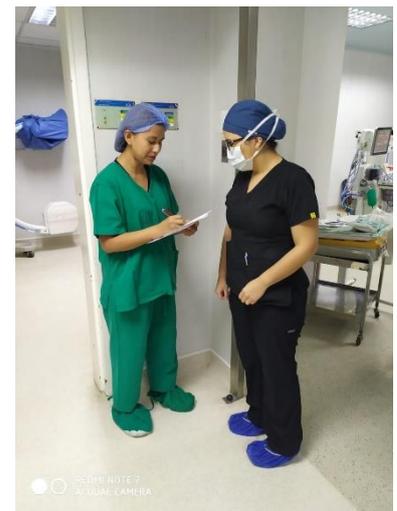


Ilustración 8: cuestionario de preguntas



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Zúñiga Guijarro Lisbeth Katherine, Con C.C: 0942118860, autora del trabajo de titulación: **Cumplimiento de la lista de verificación de la cirugía segura en el área oncológica en el hospital Teodoro Maldonado Carbo, año 2019**, previo a la obtención del título de **licenciado 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. _____

Zúñiga Guijarro, Lisbeth Katherine
CC: 0942118860



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Vaca Vela Estefanía Alejandra, Con C.C: 0923198873, autora del trabajo de titulación: **Cumplimiento de la lista de verificación de la cirugía segura en el área oncológica en el hospital Teodoro Maldonado Carbo, año 2019**, previo a la obtención del título de **licenciado 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. _____

Vaca Vela, Estefania Alejandra
CC: 0923198873



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 el área oncológica en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, año 2019		
AUTOR(ES)	Zúñiga Guijarro, Lisbeth Katherine Vaca Vela, Estefania Alejandra		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lcda. González Osorio, Cristina Virmane, MGs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias médicas		
CARRERA:	Enfermería		
TITULO OBTENIDO:	Licenciada en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	02 de abril del 2020	No. DE PÁGINAS:	53 pág.
ÁREAS TEMÁTICAS:	Vigilancia epidemiológica.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Cumplimiento, lista de verificación de cirugía segura, paciente oncológico, equipo quirúrgico, quirófanos.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>El cumplimiento de la lista de la cirugía segura por parte del equipo quirúrgico, es una herramienta que se debe seguir para evitar complicaciones o eventos adversos o más aun la mortalidad del paciente antes, durante o después de la cirugía debido a esto se realizó un estudio cuyo objetivo es determinar el cumplimiento de la lista de verificación de la lista de cirugía segura en el área oncológicos del hospital Teodoro Maldonado Carbo. Tipo de estudio: descriptivo, de corte transversal, cuantitativo, prospectivo, población: cirujanos oncólogos 33, cirujanos generales 33, anestesiólogo 17, instrumentistas 9 y 8 circulantes. Instrumentos: cuestionario de preguntas y guía de observación directa (CHESK-LIST) Resultados: el 33% corresponde a los anestesiólogo y cirujanos, el 33% están entre 31 a 40, el 83 % tienen más de 5 años laborando en el área, el 93% conoce la lista de cirugía segura pero en su mayoría no se aplica, el 50% menciona que recibe 1 vez al años capacitaciones, el 67% no ha recibido capacitación, el 50% no aplica la lista de cirugía segura, el 60% no realiza la presentación del equipo quirúrgico, el 43% no confirma la identidad del paciente. Conclusión: en el área quirúrgica (quirófanos), existe la lista de verificación de cirugía segura, sin embargo no es cumplida en un 100% por el personal, se recomienda socializar la lista de verificación de cirugía segura al equipo quirúrgico para su correcta aplicación en las cirugías tanto en el antes, pausa y salida.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-939528681 +593-939440255	E-mail: liskathezg@gmail.com estefani25w@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):			