



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRIA EN GERENCIA EN SERVICIO DE LA SALUD**

TEMA:

Evaluación del cumplimiento de los protocolos para una cirugía segura en el área de quirófano de traumatología del hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, 2022.

AUTOR:

Lcdo. Ángel Ernesto Poma López

Previo a la obtención del grado académico de:

MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

TUTOR:

Dr. Francisco Obando Freire, Phd

GUAYAQUIL, ECUADOR

2022



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el **Lcdo. Angel Ernesto Poma López**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

DIRECTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Dr. Francisco Obando Freire, PhD

REVISORA

Dra. Paola Alejandra Silva Gutiérrez, Mgs.

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. María de los Ángeles Núñez Lapo, Mgs.

Guayaquil, a los 02 días del mes de noviembre del año 2022



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Ángel Ernesto Poma López**

DECLARO QUE:

El Proyecto de Investigación **Evaluación del cumplimiento de los protocolos para una cirugía segura en el área de quirófano de traumatología del hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, 2022**, previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de investigación del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 02 días del mes de noviembre del año 2022

EL AUTOR



Firmado electrónicamente por:
**ANGEL
ERNESTO POMA**

Ángel Ernesto Poma López



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Ángel Ernesto Poma López**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación previo a la obtención del grado de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** titulada: **Evaluación del cumplimiento de los protocolos para una cirugía segura en el área de quirófano de traumatología del hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, 2022**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 02 días del mes de noviembre del año 2022

EL AUTOR:



Ángel Ernesto Poma López



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

INFORME DE URKUND

URKUND Abrir sesión

Documento: [Proyecto de Tesis Angel Poma - Octubre.pdf](#) (D145382597)

Presentado: 2022-09-30 11:41 (-05:00)

Presentado por: ernest_angelito_01@hotmail.com

Recibido: maria.lapo.uicg@analisis.arkund.com

Mensaje: PROYECTO DE INVESTIGACION FINAL- ANGEL POMA LOPEZ [Mostrar el mensaje completo](#)

3% de estas 52 páginas, se componen de texto presente en 16 fuentes.

Lista de fuentes	Bloques
Categoría	Enlace/nombre de archivo
	Universidad Tecnica Particular de Loja / D143293642
	UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / D64389304
	unaverra / D51996766
	https://space.unianedes.edu.ec/bitstream/123456789/3538/1/TJAMEJ0015-2016.pdf
	Fundació Universitària del Bages / D50210451

89% #1 Activo Archivo de registro Urkund: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / D96730076 89%

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL SISTEMA DE POSGRADO MAESTRIA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD TEMA: EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS PARA UNA CIRUGIA SEGURA EN EL AREA DE QUIROFANO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL DR. TEDDORO MALDONADO CARBO, 2022. AUTOR: LCDO. ANGEL ERNESTO POMA LOPEZ PREVIO A LA OBTENCION DEL GRADO ACADÉMICO DE MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

TUTOR: DR. FRANCISCO OBANDO FREIRE, PhD GUAYAQUIL, ECUADOR 2022

INDICE GENERAL Resumen 6

Introducción 7 Antecedentes

..... 9 Planteamiento del problema

..... 10 Problema de investigación

..... 12 Justificación

..... 12 Preguntas de investigación

..... 13 Objetivos

..... 14 Objetivo General

..... 14 Objetivos Específicos

..... 14 CAPITULO I

..... 15 Marco teórico

..... 15

Cirugía 15 Cirugía menor y mayor

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios por haberme permitido culminar un objetivo más que me he planteado, también extendiendo mi agradecimiento a mi tutor por su ayuda y compartir sus conocimientos en el proceso del proyecto, gracias a los docentes que con su experiencia nos enseñaron de la mejor manera para adquirir nuevos conocimientos, además a la Universidad por permitirnos ser parte de esta prestigiosa Institución.

Ángel Ernesto Poma López

DEDICATORIA

El presente proyecto de investigación está dedicado para mi familia, los cuales con su apoyo incondicional me dieron ese empuje para lograr mi objetivo propuesto de alcanzar un escalón más dentro de mi noble profesión, también dedico este proyecto a mis amigos que de una u otra manera con su granito de arena aportaron a concretar el proyecto, finalmente me permito dedicar este proyecto a esta gran institución que nos abrió sus puertas donde aprendí nuevos conocimientos que serán de gran aporte en mi vida profesional.

Ángel Ernesto Poma López

ÍNDICE GENERAL

Introducción.....	1
Antecedentes.....	3
Planteamiento del problema	4
Problema de investigación.....	6
Justificación	6
Preguntas de investigación	7
Objetivos.....	8
Objetivo General.....	8
Objetivos Específicos.....	8
CAPITULO I.....	9
Marco teórico.....	9
Cirugía.....	9
Cirugía menor y mayor	10
Cirugía menor	10
Cirugía mayor	10
Tipos de cirugía.....	10
Paciente	12
Protocolos para una cirugía segura	12

Equipo quirúrgico	13
Funciones del equipo quirúrgico.....	13
Medición de los servicios quirúrgicos	17
Líneas de acciones generales	17
Preparación del personal quirúrgico	18
Vestimenta quirúrgica.....	18
Preparación de paciente para cirugía	18
Preparación y cuidado del quirófano	19
Áreas en centro quirúrgico.....	19
Atención sanitaria	20
Calidad de atención sanitaria	21
Historia clínica	23
Valoración medica	24
Fases de la valoración medica	24
Consentimiento del paciente	25
¿En qué casos se puede solicitar una segunda opinión?	26
Preparación profesional médica.....	27
Seguridad del paciente	29
Problemas en la seguridad de los pacientes	30
Eventos adversos.....	31
Medidas para combatir eventos adversos	32
Prevención primaria	33

Técnicas de prevención primaria	34
Prevención secundaria	35
Técnicas de prevención secundaria.....	36
Prevención terciaria	36
Técnicas de prevención terciaria.....	37
Prevención cuaternaria.....	37
Prácticas Seguras	37
Cumplimiento	39
Cultura de seguridad del paciente	40
Cirugía segura	41
Objetivos de una cirugía segura.....	42
La lista de verificación segura	43
Problemática de no usar lista de verificación	44
Límites para la falta de cumplimiento de la lista de verificación.	45
Primeros auxilios	47
Riesgos quirúrgicos.....	48
Marco Conceptual.....	49
CAPITULO II	51
Marco referencial.....	51
Instituciones regularizadores	60
Marco legal.....	61
CAPITULO III	62

Marco metodológico.....	62
Enfoque de la Investigación.....	62
Método de Investigación.....	63
Alcance de la Investigación	63
Técnica e Instrumento de Recopilación de Datos.....	64
Herramientas de Análisis de Datos	65
Población.....	65
Operacionalización de variables	65
Resultado de las variables.....	67
Resultado de la investigación.....	68
Discusión.....	89
CAPITULO IV	90
Propuesta	90
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	102
Recomendaciones	102
REFERENCIAS	104
APENDICES	116

Resumen

El objetivo general de la investigación es evaluar el cumplimiento del personal de enfermería en cada intervención quirúrgica con los protocolos empleados para una cirugía segura en el área de quirófano de Traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo con el fin de reducir los eventos adversos en las prácticas quirúrgicas del establecimiento. La metodología aplicada fue de enfoque cuantitativa de tipo de investigación básica de diseño no experimental. Se interpreta como resultado que en la mayoría de preguntas de la primera encuesta hay un gran porcentaje de incumplimientos que no se están siguiendo de la manera correcta y en la segunda encuesta existen médicos o enfermeros que no cumple con los que se consideran los procedimientos primordiales como el cumplimiento de verificación de datos, o de normas de bioseguridad. Y la propuesta planteada es la implementación de lista de requerimientos antes y después de la cirugía segura en el área de quirófano de Traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo. Revisada y controlada por una persona específica y capacitada para verificar el cumplimiento de la misma (evaluador).

Palabras claves: prácticas quirúrgicas, evaluación, cirugía segura, pacientes, hospital.

Abstract

The general objective of the research is to evaluate the compliance of the nursing staff in each surgical intervention with the protocols used for safe surgery in the Traumatology operating room area of the Dr. Teodoro Maldonado Carbo Hospital in order to reduce adverse events in the surgical practices of the facility. The methodology applied was a quantitative approach of a basic research type of non-experimental design. It is interpreted as a result that in most of the questions of the first survey there is a large percentage of non-compliances that are not being followed in the correct way and in the second survey there are doctors or nurses who do not comply with what are considered the primary procedures such as compliance with data verification or biosafety standards. And the proposal proposed is the implementation of a list of requirements before and after safe surgery in the Traumatology operating room area of the Dr. Teodoro Maldonado Carbo Hospital. Reviewed and controlled by a specific person trained to verify compliance (evaluator).

Key words: surgical practices, evaluation, safe surgery, patients, hospital.

Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo evaluar el cumplimiento de los protocolos empleados en una cirugía segura aprobados por la Organización Mundial de la Salud con su iniciativa “La cirugía segura salva vidas” y adoptados por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, con lo cual se tiene como finalidad minimizar las complicaciones en las practicas quirúrgicas

Cabe resaltar que uno de los elementos claves dentro de la atención médica integral es la cirugía, en los países desarrollados existe un aproximado de 234 millones de procedimientos quirúrgicos son realizados actualmente. (Solor & Pérez, 2015)

Por lo cual los avances tecnológicos y científicos en el área de la salud han implicado un aumento significativo en el número de intervenciones quirúrgicas, que a menudo se realizan en condiciones inseguras, interfiriendo en la promoción y recuperación de la salud de los pacientes. Creando que la inseguridad y vulnerabilidad de los pacientes haya aumentado considerablemente en los contextos científicos y asistencial, ya que la ocurrencia de eventos adversos se potencia en las instituciones hospitalarias, representando un grave problema de salud pública (Barros, Santos, & De Sousa, 2016).

Según la Organización Mundial de la Salud (2008) hay que tomar en cuenta el estado de las infraestructuras, la efectividad de los equipos, cumplimiento en los suministros, deficiencia en el equipo organizacional, deficiencia de conocimientos por parte del personal y la carencia de recursos los cuales son esenciales en la provocación de complicaciones en la cirugía.

Por ello indica Peñataro & et al (2020) que los procedimientos inadecuados de seguridad en la atención quirúrgica provocan daños graves o irreparables, o incluso la muerte. Aunque los cuidadores quirúrgicos y anestésicos tratan de ofrecer una calidad

óptima en el servicio peri-operatorio, la cirugía sigue comportando un riesgo considerable para el paciente (Dinesh, Ravya, & Sunil , 2018).

Entonces es primordial profundizar en el tema debido a que dentro de los establecimientos de salud se debe seguir un óptimo protocolo de cirugía segura para lograr minimizar las tasas de complicaciones quirúrgicas y hasta los niveles de morbilidad dentro del país, siendo un tópico de suma importancia en el ámbito profesional.

Dentro del primer capítulo se profundiza los conceptos fundamentales e importantes a tomarse en cuenta en los procesos de la investigación y la importancia de evaluar los procesos quirúrgicos para que se lleven a cabo una cirugía segura. Debido a la cantidad preocupante de cirugías que se realizan de manera inadecuada que provoca consecuencias trágicas e irreversibles. También se detalla de una manera más focalizada las medidas para disminuir y combatir los eventos adversos mediante tres tipos de prevención y se menciona los factores para realizar cirugías más seguras en el área de Traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado.

Mientras en el segundo capítulo se realizó una investigación de diversos estudios para tener una base referencial que cuenten con alguna de las variables a utilizar, apoyado de varias teorías que ayudan a sustentar la investigación, acompañado de los conceptos de términos importantes que es fundamental que se nombren en el trabajo.

En el tercer capítulo se detalla las variables, se menciona el enfoque, alcance y la metodología a usar en la investigación, aparte del tipo de herramientas a usar y los motivos por el cual se eligió esa opción como recolección de datos, además de especificar la población que se utilizara para la investigación.

En el último capítulo se menciona la propuesta elegida en base a toda la investigación, así mismo sus objetivos, desarrollo, viabilidad y beneficios.

Antecedentes

Desde hace 15 años la Organización mundial salud lleva a cabo la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente; considera a la cirugía como un elemento importante para la asistencia sanitaria en todo el mundo desde hace mucho tiempo. (OMS, 2008).

Por a la elevada tasa de mortalidad a causa solamente a la anestesia general alcanza en diversas partes del África subsahariana la cifra de una muerte cada 150 procedimientos quirúrgicos. Las infecciones y otras causantes de morbilidad postoperatoria también encierran un gran problema en todo el mundo; casi siete millones de pacientes tienen complicaciones por este tipo de situaciones quirúrgicas cada año. (OMS, 2008).

Así mismo la OMS (2019) indica que uno de cada 300 pacientes sufre daños durante la atención médica. Se estima que los eventos adversos se producen entre el 4% y el 16% de todos los pacientes hospitalizados, y más de la mitad tiene lugar en la atención quirúrgica. En los países industrializados se producen complicaciones en 3% a 16% de los procedimientos quirúrgicos realizados en pacientes hospitalizados, con una tasa de mortalidad del 0,4% al 0,8%.

Los eventos adversos resultantes de las intervenciones quirúrgicas están en realidad relacionados con errores que ocurren antes o después del procedimiento que con errores técnicos quirúrgicos durante la operación. Se resalta que las complicaciones quirúrgicas son factores potencialmente controlables que contribuyen a los elevados costes de la asistencia sanitaria, así como a la morbilidad y mortalidad de los pacientes (Wanzel, 2000; Kim, 2015).

El fallo humano puede consistir en la violación de un protocolo o directriz, o puede ser un error. El error puede ser de planificación (por ejemplo, el uréter se lesiona

en una intervención quirúrgica de un tumor pélvico porque el cirujano no se ha hecho una urografía intravenosa preoperatoria) o de ejecución, como la laceración del conducto deferente durante una herniotomía. Se calcula que entre el 41% y el 79% de los acontecimientos adversos en la práctica quirúrgica se deben a errores evitables con las normas actuales de atención (Asem, Sabry, & Elfar, 2019).

Los errores presentes en las operaciones son evitables, lo que constituye una importante tarea para mejorar la calidad de la de los pacientes mediante la identificación, el seguimiento y el registro de la incidencia y la naturaleza de las complicaciones y el desarrollo de métodos para su prevención (Forrest & et al., 2002).

La implementación de los protocolos de cirugía segura, ayudan a evitar eventos adversos, por lo tanto, se vuelve una necesidad. Surge, por lo tanto, la importancia de realizar una evaluación respecto al cumplimiento de los protocolos antes del acto quirúrgico, que garantice el cumplimiento de aquellas prácticas imprescindibles (MSP, 2015).

Es primordial verificar el cumplimiento de cada medida de control en la lista de verificación que maneja el establecimiento, se basa en pruebas clínicas o en la opinión del personal sanitario de que dicha inclusión ayudara a reducir la probabilidad de daño quirúrgico de forma grave y de manera inevitable y probablemente no se relacione con lesiones ni costos muy elevados. (OMS, 2008).

Planteamiento del problema

La consecuencia de los efectos de los errores sanitarios y de la mala calidad de la atención sanitaria ha afectado la vida de las personas, a veces directamente y otras indirectamente.

Una problemática de administración es la mala organización que tienen los

procesos operatorios en el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, tanto antes y después de la operación.

Se ha supuesto que los riesgos para los pacientes disminuirían significativamente con los avances de la tecnología médica, pero no ha sido así. Por el contrario, los avances tecnológicos no han hecho más que magnificar la contribución humana a los riesgos médicos, reubicando los errores en lugar de eliminarlos. (El próximo paso: la vida exponencial, 2013). Por lo cual se llega a la conclusión de que los avances tecnológicos no garantizan una mejor continua en el área de las cirugías.

Por ello llevar un adecuado protocolo de cirugía segura para los pacientes de forma directa e interdisciplinariamente en el sistema hospitalario es lo primordial. Como problemática en algunos médicos la falta de los valores, actitudes, percepciones y formas de comportamiento compartidos entre los individuos de organización que determinan el compromiso de todos los miembros para actuar con el fin de minimizar el daño al paciente que pueda producirse durante la prestación de la asistencia.

La falta de capacitación constante en el área de quirófano de traumatología del hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, conlleva a que los profesionales de la salud no estén alertas a eventos adversos que pueden ocurrir durante la intervención quirúrgica. (National Institute of Dental , 2017)

En el área de quirófano de traumatología del hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo se llevan a cabo múltiples cirugías diariamente en las cuales se pueden presentar riesgos por ello el personal de salud debe estar alerta para procurar que no se presenten daños al paciente, se ha observado que existe una lista de protocolos para procurar la cirugía segura dentro del establecimiento, los cuales destacan como tópicos primordiales a tomar en cuenta porque incluye a las personas que trabajan en el ámbito sanitario que brindan el cuidado de los pacientes de forma directa al paciente durante

todo su proceso quirúrgico.

La falta de control de cumplimiento de normas de bioseguridad conlleva a que haya riesgos quirúrgicos, como consecuencia en los países desarrollados se producen al menos 7 millones de complicaciones durante la cirugía, y 1 millón de muertes cada año, las cuales se podrían evitar en su mayoría si se cumplieran con los requisitos solicitados en cada intervención quirúrgica. (ENRÍQUEZ, 2019)

Por lo cual se ha planteado verificar el cumplimiento de los protocolos de cirugía segura está siendo utilizado de forma óptima para disminuir los posibles riesgos que se pueden presentar dentro de atención quirúrgica.

Este estudio es de suma importancia para la muestra porque como se mencionó con anterioridad al obtener los resultados se propondrá un modelo estratégico optimizado que permita disminuir la incidencia o accidentes dentro del hospital para así obtener una práctica optimizada que brinde seguridad a los pacientes.

Problema de investigación

¿Cuál es el estado actual del cumplimiento de protocolos para una cirugía segura dentro del área de quirófano del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo?

Justificación

La seguridad del paciente es un componente fundamental de la calidad de la asistencia sanitaria, cada vez se reconoce más que reforzar la cultura de la seguridad en las organizaciones sanitarias es importante para mejorar continuamente la calidad de la asistencia. Porque una buena cultura de seguridad permite llevar a cabo procesos óptimos en cuales la vida del paciente no se ponga en riesgo.

Por lo cual se debe llevar de forma óptima los protocolos de salud aprobados por el Ministerio de Salud y la Organización Mundial de la salud ante eventos adversos los

para prevenir una situación de riesgo en el usuario al ser atendido dentro del proceso quirúrgico, por lo tanto, es primordial tener un riguroso control al realizarse una cirugía. Por lo cual esta investigación contribuye en el fortalecimiento de la acción notable de la seguridad de los pacientes, con el cual se fomenta una cirugía segura en el área de quirófano de traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, porque por consecuencia, tendrá impacto sobre la entidad de salud ya que los profesionales de salud ejercerán su profesión utilizando de forma adecuada los protocolos de cirugía segura en la atención de los usuarios del establecimiento mejorando la seguridad del paciente quirúrgico.

Los resultados beneficiarán al sistema de seguridad del paciente dentro del hospital, debido a que el cumplimiento adecuado asegura la calidad de vida de los usuarios y a su vez el diseño estratégico que se propone brindara una optimización respecto a la ejecución de las cirugías seguras.

El tema elegido favorece en la formación académica del estudiante fortaleciendo sus conocimientos en el tema y beneficiándolo con un desarrollo profesional óptimo a largo plazo. El trabajo también servirá de guía y fuente de referencias de calidad para futuras investigaciones dentro de la línea salud clínico quirúrgico.

Preguntas de investigación

Mediante la información previa estipulada se llegó a formular las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas del personal de sanitario que labora en el área de quirófano de traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo?
- ¿El personal sanitario cuenta con el conocimiento respectivo para aplicar los protocolos de cirugía segura en el área de quirófano de traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo?

- ¿El cumplimiento de los protocolos de cirugía segura es el adecuado en el personal sanitario en el área de quirófano de traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo?
- ¿Cómo se logra reducir la presencia de eventos adversos durante la intervención quirúrgica en el área de quirófano de Traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo?

Objetivos

Objetivo General

- Evaluar el cumplimiento del personal de enfermería en cada intervención quirúrgica con los protocolos empleados para una cirugía segura en el área de quirófano de Traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo con el fin de reducir los eventos adversos en las prácticas quirúrgicas del establecimiento.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar al personal de enfermería que labora en el área de quirófano de Traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.
2. Identificar el conocimiento respecto a los protocolos empleados para una cirugía segura en el área de quirófano de Traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.
3. Verificar el cumplimiento de los protocolos empleados para una cirugía segura en el área de quirófano de Traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.
4. Diseñar una estrategia de intervención para reducir la presencia de eventos adversos durante la intervención quirúrgica en el área de quirófano de Traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.

CAPITULO I

Marco teórico

Dentro del presente capítulo se recopila los diversos conceptos esenciales para llevar a cabo esta investigación e identificar como se debe realizar un protocolo óptimo para una cirugía segura.

Cirugía

Se define como una de las principales ramas de la cirugía, su objetivo es curar las enfermedades mediante operaciones hechas al paciente por medio de los médicos cirujanos dependiendo del área de operación y su dificultad. (Martín, 2014)

Se divide en tres categorías dependiendo de su urgencia:

- **Cirugía de emergencia:** es la cirugía que se da en casos de forma inmediata cuando el paciente corre riesgos de perder la vida o que este en una situación de peligro crítico, usualmente el tiempo de atención no puede superar los 30 minutos. (Pellegrini, 2019)
- **Cirugía urgente:** es evaluación e intervención quirúrgica que debe hacerse de forma inmediata, sin tener tiempo de hacer trámites. Es uno de los pilares fundamentales, implica un control rápido de la situación y realizar una cirugía inmediata que no estaba programada. (Díaz & Esparragón, 2019)
- **Cirugía programada:** como su nombre lo indica una cirugía programada es una cirugía que se agenda con anticipación lo cual tiene muchos beneficios, entre esos, poder buscar diferentes opciones de tratamientos o incluso buscar otro médico que pueda intervenir en la cirugía, además como existe un tiempo de espera se puede garantizar de que la clínica este en óptimas condiciones para poder realizar una cirugía segura en beneficio del paciente para que en su

intervención no existan riesgos quirúrgicos. (Pellegrini, 2019)

Cirugía menor y mayor

Otra clasificación que existe se da dependiendo del tipo de operación, la complejidad y el tiempo de espera de recuperación, y de esa forma se dividen en cirugía menor y mayor.

Cirugía menor

Es una serie de procedimientos quirúrgicos médicos sencillos, que tienen poca duración de intervención médica, normalmente sobre tejidos o partes del cuerpo que se pueden acceder fácilmente, para este tipo de cirugía se usa anestesia local, tiene poca probabilidad de que suceda algún riesgo quirúrgico o complicación durante la cirugía. (Sales, Castelló, & Días, 2012)

Cirugía mayor

Es una serie de procedimientos quirúrgicos que necesitan mayor organización y atención multidisciplinaria por medio de los profesionales médicos, es independiente del tipo de anestesia utilizada en el paciente, requiere mayor control que la cirugía menor por su probabilidad más alta de que ocurra algún riesgo quirúrgico, es fundamental la observación en su recuperación y en la estadía del paciente en el hospital. (Rodríguez, 2021)

Tipos de cirugía

(Veloz & González, 2020) los autores mencionan cuatro tipos de cirugías dependiendo su necesidad.

1. Cirugía diagnóstica

Esta cirugía no siempre es realizada por un cirujano profesional, sino que pueden intervenir otros especialistas como en las cirugías endoscópicas. Su objetivo es obtener una muestra de tejido para poder someter esa muestra a exámenes y pruebas específicas que nos permitan conocer o identificar qué tipo de cáncer es.

2. Cirugía curativa

Como su nombre lo indica tiene la función de curar, de forma que se extirpa la mayor parte que es posible del tumor o daño que tenga el paciente, con el objetivo de poder curar dicha enfermedad. Los estudios detallados en imágenes son importantes en este tipo de operaciones, depende lo que indiquen los estudios es posible una intervención se dará solo si el daño es reversible por lo tanto se lo puede remover (extirparlo)

3. Cirugía reconstructiva

El objetivo de esta función es restaurar la función o el aspecto físico de un tejido, es de las funciones de la cirugía plástica, estas mismas técnicas son usadas por otros especialistas como, por ejemplo:

- Cirujanos plásticos
- Otorrinolaringólogos
- Cirujanos maxilofaciales
- Oftalmólogos
- Cirujanos ortopédicos
- Traumatólogos
- Urólogos
- Ginecólogos

4. Cirugía paliativa

Es la cirugía que no tiene como fin buscar la cura de una enfermedad sino más bien mejorar o desalación de los síntomas con el fin de mejorar un poco su estilo de vida. Algunos de esos síntomas pueden ser:

- Dolor
- Obstrucción
- Hemorragia

Paciente

El paciente es la persona que necesita o requiere de atención y cuidado para mejorar o mantener su salud, el paciente se acerca a las instalaciones médicas para recibir atención y a su vez un diagnóstico acompañado de un tratamiento o sugerencias médicas para su mantenimiento o mejora. (Veloz & González, 2020)

Protocolos para una cirugía segura

(López & et al, 2015) El Ministerio de Salud Pública del Ecuador el 7 de noviembre del 2013, emite bajo Acuerdo Ministerial del Ministerio de Salud Pública lo siguiente en el art 2. La Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía será obligatoriamente una normativa del Ministerio de Salud Pública de esa forma se garantiza que se sigan las medidas de seguridad adecuadas y esenciales, que ayuden a reducir los riesgos que pueden evitarse comúnmente, que a la larga ponen en riesgo la vida del paciente en cierta forma.

En un listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica se las divide en tres partes fundamentales:

- Validación antes de la anestesia

- Comprobación antes de la incisión quirúrgica
- Comprobaciones antes de que el paciente salga de la sala de quirófano.

Equipo quirúrgico

(Veloz & González, 2020) El equipo quirúrgico es un grupo de personas capacitadas para ayudar a facilitar una lista de cuidados que necesita un paciente, tanto antes, durante y después de una operación quirúrgica. El equipo quirúrgico está conformado por:

- Cirujano
- Anestesiólogo
- Enfermeras quirúrgicas
- Especialista (dependiendo el área requerida)
- Enfermera perioperatoria

Este personal debe ser capaz de atender las necesidades del paciente y desempeñar sus funciones con respecto a su labor en el proceso de cirugía, optimizar de la mejor manera la atención que se le ofrece al paciente. (Veloz & González, 2020)

Funciones del equipo quirúrgico

Existen normas y protocolos que deben acatarse que están dentro de las especificaciones a cumplirse en el área de quirófano, las cuales deben cumplirse por los cirujanos y profesionales ayudantes que está haciendo su labor en este espacio especificado, el equipo debe pasar por ciertas modalidades desde el ingreso de la zona quirúrgica hasta los de ese departamento.

Un equipo quirúrgico lo conforman un grupo de profesionales no solo de instrumentos médicos, monitores o aparatos, los profesionales cumplen la función de solucionar el

problema de salud que está afectando la condición de vida del paciente, básicamente los profesionales se complementan con los equipos, los controles, el funcionamiento y la administración de los medicamentos adecuados que le mediquen antes y después de la operación. La función del equipo quirúrgico también es llevar un control de las medicinas que le administren al paciente, porque debe ser muy atendida este proceso de la cirugía porque puede conllevar a complicaciones o eventos adversos durante o después de la cirugía, de esta función se encarga el profesional anestesiólogo y la enfermera quirúrgica y los ayudantes que están interviniendo quirúrgicamente al paciente (Veloz & González, 2020)

Entre los profesionales que conforman el equipo médico están:

- Cirujano

El cirujano ejerce la función de intervenir al paciente, es el que lleva la dirección de la operación al paciente de la dolencia o necesidad que este requiera. Este cargo es el que requiere de mayor responsabilidad, puesto que la vida del paciente está en manos del cirujano, para que un cirujano llegue a este punto es necesario muchos años tanto de estudios, como de práctica. La carga emocional del cirujano es de las más fuertes de todas las personas que llevan a cabo una operación. (Mier, 2006)

- Primer ayudante

(ENRÍQUEZ, 2019) El primer ayudante es una persona que tiene como función asistir en todo momento de la operación al cirujano, estas son algunas de sus funciones:

- Empezar la preparación durante un tiempo prudente antes de la cirugía
- Confirmación del protocolo quirúrgico
- Comprobar la operación a realizarse mediante la historia clínica

correspondiente del paciente.

- Coloca asepsia y antisepsia durante la operación al paciente (este procedimiento se hace con el cirujano)

- Segundo ayudante

La función principal del segundo ayudante es reemplazar al primer ayudante en casos de que este lo requiere, el segundo ayudante debe estar siempre dispuesto a ayudar y a intervenir de manera eficiente. De igual manera es uno de los que acompaña al paciente hasta que se encuentre estable y de esa manera poder llevarlo a sala de recuperación. (AM, SD, & MS, 2014)

- Anestesiólogo

En un profesional de la salud que está especializado en la atención de la anestesia, el primer paso es realizar una entrevista previa con el fin de realizar una recolección de datos, de esa forma se identifica el proceso que se va a realizar, para no presentar complicaciones, este control se hará durante toda la operación, y también cuando el paciente es llevado a sala de recuperación en las mejores condiciones posibles. (AM, SD, & MS, 2014)

- Enfermera Del Quirófano

(Veloz & González, 2020) Su función es brindarle cuidado al paciente que van a realizarle la operación, la atención de la enfermera de la sala de quirófano suele realizarse en un espacio adecuado con un equipo especial, y es importante que la enfermera tenga una capacitación sobre el mismo, es necesario que tenga al menos estos conocimientos:

- Técnicas asépticas
- Técnicas de esterilización
- Técnicas de desinfección

- Anestesia
- Tipos de anestesia

La función de la enfermera de quirófano también es brindar apoyo tanto al cirujano como al anesthesiólogo

- Instrumentista

Es el personal capacitado el manejo adecuado de instrumento quirúrgico que es utilizado por el cirujano durante la cirugía, este personal tiene preparado todo el equipamiento antes de la cirugía, luego de esto lo abre en la mesa de mayo donde va a colocar todo lo que se necesite en la cirugía, (dependiendo de que cirugía se va a realiza), reemplaza también las piezas que por algún motivo se caen. (Veloz & González, 2020)

- Auxiliar circulante

(Veloz & González, 2020) Es el personal de enfermería que se encarga de circular como su nombre lo indica, todo lo que respecta a la cirugía, tiene la obligación de cumplir con los protocolos durante todo el tiempo de la intervención, estas son algunas de las funciones que realiza:

- Pasa la indumentaria del personal quirúrgico. (esto es antes de la cirugía)
- Cumple los requerimientos que necesite el cirujano y el equipo quirúrgico
- Controla que todo se encuentre en orden cumpliendo los protocolos establecidos
- Es el ultimo que sale de la sala quirúrgica
- Realiza el conteo de cada apósito, manguera de succión y compresas
- Retira los utensilios contaminantes

Medición de los servicios quirúrgicos

Una de las mayores problemáticas en las intervenciones quirúrgicas han sido la escasez de datos básicos que se deberían tener a la mano. Lo único que existen los datos sobre el volumen quirúrgico de muy pocos países. Se debe poner en funcionamiento una vigilancia sistemática que permita evaluar los servicios quirúrgicos. (Veloz & González, 2020)

Líneas de acciones generales

(Veloz & González, 2020) Se presenta a continuación, cuatro líneas de acciones generales:

- Brindar información a los médicos, trabajadores de servicio, administradores del hospital y los funcionarios de salud pública sobre la importancia de la seguridad sobre todo en el ámbito de salud pública, porque lamentablemente es en donde más complicaciones se ven a la hora de realizar alguna intervención.
- Definir medidas uniformes, para de esa manera tener un control nacional e internacional de la atención quirúrgica recibida por medio de los trabajadores de salud
- Capacitar sobre normas de seguridad en el aspecto de cirugías, que sean sencillas y aplicables, para que pueda usarse en todos los países y entornos. Acatando lo que dice la lista de verificación que se utilice en las salas quirúrgicas.
- Evaluar y difundir de manera adecuada la lista de verificación para que sea usada en todos los hospitales del mundo, según lo rija la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Preparación del personal quirúrgico

El investigador Sappía (2011) indica que la principal causa de infecciones por contaminación microbiana en una cirugía es el mismo personal quirúrgico, la forma de evitar esto es realizar la respectiva preparación cuidadosa de los instrumentos a utilizarse en la cirugía por medio del personal, como por ejemplo la indumentaria de los médicos.

Vestimenta quirúrgica

La primera normativa a respetarse es que es importante que todas las personas que ingresen en la sala de operaciones, sin importar que función cumpla dentro de la cirugía, todas las personas deben ir adecuadamente vestidas para que de esa forma se pueda reducir la contaminación microbiana que usualmente proviene por el personal médico. En cuanto a la vestimenta como tal se conviene que sean de dos piezas, la casaca puede ir por fuera o por dentro del pantalón como prefiera el personal o como se requiera. Las mangas tienen que estar a la medida exacta para que pueda permitir el lavado de manos y antebrazos. Los pantalones como tal deben tener un cierre elástico o con cordones también es permitido. Si el personal no se lava debe utilizar chaquetillas de mangas largas sobre la vestimenta, estas chaquetas deben estar cerradas durante el procedimiento quirúrgico. En cada uso la ropa debe lavarse si se encuentra sucia o húmeda, la vestimenta adecuada también incluye las cofias, cubre bocas y cobertores de calzado. (Sappía, 2011)

Preparación de paciente para cirugía

(Giamarellou & Antoniadou, 2018) La preparación del paciente para la cirugía es una cantidad de medidas que se toman para reducir el nivel de riesgos en el quirófano. Entre

los principales tenemos:

- Tratamiento adecuado para posibles infecciones antes de que se realice el procedimiento quirúrgico
- Control de los niveles de glucosa en la sangre del paciente, esto se realiza tanto en pacientes que tienen la enfermedad de diabetes como aquellos que no la tienen.
- Control de normotermia en el transcurso que el paciente se mantenga en el quirófano esto se logra mediante el uso de dispositivos de calentamiento o de mantas.
- Control de oxigenación perioperatoria en pacientes adultos que son sometidos a anestesia general con intubación endotraqueal para sus respectivos procedimientos quirúrgicos.

Preparación y cuidado del quirófano

(Giamarellou & Antoniadou, 2018) Algunas medidas que son imprescindibles son:

- Descontaminación de la piel antes de la cirugía
- Un baño antes de la operación con jabón antimicrobiano
- No usar selladores antimicrobianos en la piel
- Se recomienda usar saturas recubiertas con triclosán para todas las cirugías a realizarse.
- No utilizar sistemas de ventilación de flujo de aire laminar en pacientes sometidos a artroplastia total.

Áreas en centro quirúrgico

Según el autor (ENRÍQUEZ, 2019) existe tres áreas en centro quirúrgico

1. Área negra.

Es un área restringida donde se realizan las revisiones de la intervención e identificación de los pacientes, además los médicos disponen de esas instalaciones para poder vestirse y adecuarse para la intervención, en algunas ocasiones se realizan trabajos administrativos.

2. Área gris.

Esta zona es limpia, y sus conexiones son con la central de equipos y equipamiento de esterilización, también con la central de anestesia y también se encuentran los equipos portátiles.

3. Área blanca.

Es el lugar donde está ubicado el quirófano

Estas áreas deben estar bien conectadas y comunicadas con algunos servicios como:

- Esterilización
- Radiología
- Anatomía patológica
- Laboratorio

Atención sanitaria

Como concepto de atención sanitaria tenemos que es una característica de los principios básicos de la mejora continua tanto en los aspectos laborales, como en la salud, es la identificación de los principales protagonistas, de su respectiva responsabilidad y las actividades que estas instituciones realicen. (Johansen, 1995)

Entre los objetivos de la atención sanitaria son mejorar los niveles de calidad de los hospitales, organizar distintos procedimientos acerca de la salud del paciente y facilitar los accesos de las distintas áreas de la institución. (Sabín & et al, 2006)

Calidad de atención sanitaria

En el sector sanitario, la calidad de la atención es más que un concepto. Se ha convertido en algo esencial para el bienestar de los pacientes y la supervivencia financiera. Indica Donabedian (1988) que la calidad de atención técnica consiste en la utilización de la ciencia y la tecnología médicas de forma que se maximicen sus beneficios para la salud sin que aumenten los riesgos correspondientes.

Pero según Vargas (2013) definir en concepto la calidad de la atención es una idea extremadamente difícil, debido a la rigurosidad científica con la que se afronta, a su vez por su significado práctico de la percepción del usuario; en la cual la rigurosidad científica, está sustentada en la ciencia y la tecnología médica que persigue alcanzar el máximo beneficio con el mínimo riesgo para el paciente.

Mientras que Buttell, Hendler, & Daley (2007) indica que la calidad consiste en el grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados (principios de calidad), son coherentes con los conocimientos profesionales actuales (habilidad del profesional) y satisfacen las expectativas de los usuarios de la asistencia sanitaria (el mercado). Como ya se ha dicho, la calidad consiste en el grado en que los servicios sanitarios prestados a individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados (principios de calidad), son coherentes con los conocimientos profesionales actuales (habilidad del profesional) y satisfacen las expectativas de los consumidores de servicios sanitarios (el mercado). Por ello las organizaciones sanitarias de éxito ya sean hospitales, consultas médicas, farmacias, residencias de ancianos o centros ambulatorios habrán comprendido, identificado y puesto en práctica todos los principios esenciales siguientes:

- 1) Liderazgo. El liderazgo como principio esencial de la calidad de atención sanitaria, se refiere a la influencia y determinación que va en relación con una estrategia adecuada para poder brindar un mejor servicio de atención. (Centeno, 2003)
- 2) Medición. Se utilizan como indicadores que nos permiten evaluar la experiencia que tienen los pacientes con el trato brindado por medio de los médicos o personal en general. (Knowles, Leighton, & Stinson, 1997)
- 3) Fiabilidad. Es un medidor que nos garantiza la validez tanto de la información brindada, de los tratamientos a utilizarse o de los protocolos de cirugía. (Vargas, Narvaez, & Acosta, 2014)
- 4) Habilidades del profesional. Implican la destreza del profesional de buscar soluciones médicas de manera eficiente dependiendo de las necesidades del paciente o los eventos adversos que surjan durante algún procedimiento médico. (Robayo & et al, 2016)
- 5) El mercado. Se vincula al diseño de los procesos de asistencia médica, buscando estrategias para mejorar distintas problemáticas que puede haber en la institución como demora en los tramites, atención o desplazamientos. (García & Álvarez, 2012)

Con ello a través de implementar los principios esenciales el servicio de asistencia sanitaria es capaz de garantizar que "no haya muertes innecesarias; ningún dolor o sufrimiento innecesario; ningún desamparo en las personas atendidas o que prestan servicios; ninguna no se produzcan esperas innecesarias, no se produzcan despilfarros y no se deje a nadie fuera (Jones, Kwong, & Warburton , 2021).

Historia clínica

(Costa, 2006) Una parte importante en los protocolos de una cirugía segura es la historia clínica del paciente, es definida por los autores como un documento en que se van a registrar los antecedentes biológicos del paciente que se será intervenido. Es imprescindible para poder realizar una cirugía controlada, porque de esa forma se tiene un seguimiento a profundidad de las enfermedades, complicaciones o alergias que pudo haber tenido el paciente antes de que llegara a ese hospital. Es importante para planificar que tratamientos o medicamentos pueden ayudar al bienestar del paciente. Es considerado el inicio de cualquier valoración médica.

Según el autor Costa, menciona los componentes de la historia clínica, entre esos tenemos:

1. Anamnesis

Componentes de anamnesis

- Identificación
- Motivos de consulta
- Enfermedad actual del paciente
- Antecedentes clínicos
- Anamnesis sistémica

2. Exámenes físicos

Maniobras semiológicas básicas

- Inspección
- Persecución
- Palpación
- Auscultación

3. Diagnostico sindrómico

4. Plan de estudio
5. Plan de tratamiento ‘
6. Plan terapéutico
7. Diagnósticos (segunda opinión)
8. Evolución
9. Epicrisis.

Valoración medica

La valoración médica es uno de los procesos que se realizan antes de cualquier intervención quirúrgica sea una cirugía menor o mayor, es un proceso medico planificado, donde los profesionales de la salud, realizan mediante un pensamiento crítico para de esa forma obtener información necesaria para saber de forma garantizada que tipo de cuidados necesita el paciente. (Gómez, 2018)

Fases de la valoración medica

Se divide en cuatro fases y todas se relacionan entre ellas.

1. Recolección de datos

La recolección de datos es un conjunto de datos sobre datos subjetivos y objetivos del paciente.

1.1. Entrevista clínica. Es un dato subjetivo los principales tipos de entrevista son:

- Entrevista estructurada
- Entrevista semiestructurada
- Entrevista no estructurada

1.2. La observación. Son los datos que se obtienen mediante la observación al

paciente, o la situación.

1.3. La exploración física. La exploración física se hace con el fin de confirmar o desmentir los datos que dio el paciente

- Inspección
- Palpación
- Percusión
- Auscultación.

2. Validación de datos

Es el proceso de confirmar los datos subjetivos y objetivos antes recolectados para continuar el proceso de valoración médica.

3. Organización de los datos

La información recolectada se organiza de modo que facilite el diagnóstico del paciente.

4. Registro de valoración

Los objetivos del registro son:

- Establecer un mecanismo de comunicación entre el personal médico y los pacientes
- Validar información real y legal
- Recopilar conclusiones sobre la efectividad de los cuidados que se aplicaron en el paciente.

Consentimiento del paciente

Según el autor (ENRÍQUEZ, 2019) lo describe como un proceso donde se comunica y se delibera, es parte esencial de los procedimientos de salud entre el profesional y un paciente capaz de decidir, donde se formaliza la voluntariedad mediante aceptación o negación sobre una intervención de salud que le sugieran o mediquen los profesionales

de la salud. Si el paciente es menor de edad o es una persona incapaz de decidir quién otorgue el consentimiento o permiso será su representante legal. Este consentimiento debe ser dado después de que el profesional de la salud haga parte al paciente el procedimiento, tratamiento, riesgos, beneficios, alternativas de tratamientos, medicamentos o intervenciones generales, luego de esto la persona autónoma deberá emitir su aceptación o negación hacia este procedimiento. Cuando la intervención es de mayor riesgo, donde el paciente puede perder la vida u ocurrirle alguna fatalidad, este consentimiento debe ser por escrito, ya sea por el mismo paciente o por el representante legal del paciente, este documento establecido deberá ser firmado, y pasará a ser parte de la historia clínica del paciente. Conforme a lo establecido en el “Modelo de Gestión de la Aplicación del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial”

Segunda opinión medica

Es considerado un derecho del paciente, que es requerir un nuevo informe médico, o una nueva evaluación médica donde le entreguen un diagnóstico completo, con un criterio de tratamiento como solución a sus necesidades, este informe o evaluación debe ser realizado por un profesional de la salud distinto al que le indico el primer diagnóstico. (Maya, 2019)

¿En qué casos se puede solicitar una segunda opinión?

(Maya, 2019) Si se relaciona con alguna de estas enfermedades:

- Enfermedades neoplásicas malignas
- Enfermedades neurológicas inflamatorias
- Enfermedades degenerativas invalidantes.
- Enfermedades de diagnósticos de enfermedades raras.

Preparación profesional médica

Los principios de la medicina requieren una formación humanista, científica y con un propósito integral de los problemas médicos a los que se enfrentan. Los profesionales médicos tienen que ofrecer una atención eficaz, información preventiva y constante a lo largo de sus años de experiencia profesional. Debe brindarle o expresar sus cualidades humanas a través de la atención que el médico les da a los pacientes. La preparación profesional se da por medio de la educación debido a que es un factor de suma importancia porque de esa forma se garantiza la formación, y preparación de los próximos profesionales, los cuales tienen como objetivo perfeccionar sus habilidades y desempeño profesional, según los autores desde sus propios conocimientos, no contemplan la educación en medicina general integral, las necesidades de los profesionales no previenen el fortalecimiento de los proyectos de educación, porque no se verifica que se estén desarrollando de las ciencias sociales. En las instituciones médicas o incluso en las universidades los futuros profesionales o profesionales se decían a la observación, de forma en que se puedan identificar diferencias o limitaciones en el área médico- profesional, puesto que para lograr los objetivos propuestos se deben solucionar dichas diferencias, limitaciones o dificultades que existen en la práctica en la relación médico-paciente. Se detallan por lo tanto tres niveles en relación médico-paciente. (Sarandeses & et al, 2014)

- Nivel 1 o también conocida como actividad del médico y pasividad del enfermo. Esta relación se da en situaciones en que el paciente no puede valerse por sí mismo, por lo consiguiente el médico debe hacerse cargo de asumir el protagonismo y la responsabilidad de tratamientos y medicamentos. Esta relación se asemeja a la de madre-recién nacido. Algunos ejemplos de estas

enfermedades son:

- Urgencia quirúrgica
- Pacientes con pérdida de conciencia
- Delirio agudo
- Nivel 2 o también llamada actividad del médico y pasividad del enfermo.

Esta relación es cuando el paciente puede cooperar o contribuir con el médico, de esa forma el médico que dirige la operación médica por lo que el medico adepta una posición directiva, el paciente puede ayudar contestando las preguntas del médico, a su vez que el medico realiza sus procedimientos médicos. Esta relación se asemeja a la de madre-hijo no adulto. Algunos ejemplos de estas enfermedades son:

- Enfermedades agudas
 - Enfermedades infecciosas
 - Enfermedades traumáticas
 - Nivel 3 o conocida como participación mutua y recíproca del médico y del paciente, es la relación más justa debido a que el paciente puede asumir ciertas responsabilidades y hasta en ciertos casos asumir la directiva y de esa forma actúan colaborativamente con el médico. Esta relación se asemeja a la de adulto-adulto. Algunos ejemplos de estas enfermedades son:
- Enfermedades crónicas
 - Rehabilitaciones postoperatorias
 - Rehabilitaciones postraumáticas
 - Readaptaciones físicas

Seguridad del paciente

La seguridad del paciente es una de las principales preocupaciones de todos los profesionales sanitarios; porque los pacientes pueden sufrir daños cuando están siendo tratados y atendidos (Sandars & Cook, 2007).

Indica Emanuel & et al. (2008) que se lo define como la seguridad del paciente como una disciplina de las profesiones sanitarias que aplica los métodos de la ciencia de la seguridad con el objetivo de lograr un sistema fiable de prestación de asistencia sanitaria. También como un atributo de los sistemas de atención sanitaria que minimiza la incidencia y el impacto de los eventos adversos y maximiza la recuperación de dichos eventos.

La definición también se refiere a la mejora de los resultados adversos o las lesiones, lo que amplía la definición más allá de las preocupaciones tradicionales de seguridad hacia un área que, en muchas industrias, se llamaría gestión de desastres, que en muchos sectores se denomina gestión de catástrofes. En el ámbito sanitario, la mejora se refiere, en primer lugar, a la necesidad de una intervención médica rápida para hacer frente a la crisis inmediata, pero también a la necesidad de atender a los pacientes lesionados y de apoyar al personal implicado (Vincent, 2012).

Según el Programa de Seguridad del Paciente de la OMS, marca como objetivo de la seguridad del paciente, desarrollar y así mismo proponer una implementación de prácticas seguras para de esa forma mejorar la formación sobre la seguridad de los pacientes por medio de los profesionales de la salud (OMS, Health security, 2020)

En conclusión, el pensamiento conceptual actual sobre la seguridad de los pacientes atribuye la responsabilidad principal de los acontecimientos adversos a las deficiencias en el diseño, la organización y el funcionamiento del sistema, más que a los profesionales o los productos individuales. Para quienes trabajan en sistemas, los

acontecimientos adversos están conformados y provocados por factores sistémicos "ascendentes", entre los que se encuentran la estrategia, la cultura, las prácticas de trabajo, el enfoque de la gestión de la calidad, la prevención de riesgos y la capacidad de aprendizaje a partir de los fallos de la organización concreta (Donaldson & Philip, 2004).

Problemas en la seguridad de los pacientes

Los orígenes del problema de seguridad del paciente se clasifican en función del tipo (error), la comunicación (fallos entre el paciente o el representante del paciente y los profesionales, el profesional y el personal no médico, o entre los profesionales), la gestión del paciente (delegación inadecuada, fallo en el seguimiento, derivación errónea o uso incorrecto de los recursos) y la actuación clínica (antes, durante y después de la intervención) (National Quality Forum, 2004).

Indica Mitchell (2008) que los tipos de errores y daños se clasifican a su vez en función del ámbito, o del lugar en el que se produjeron en todo el espectro de proveedores y entornos sanitarios. Las causas más importantes del daño son:

- **Fallo latente:** alejado del médico y que encierra decisiones que repercuten a las políticas organizativas, los procedimientos y la asignación de recursos
- **Fallo activo:** contacto directo con el paciente
- **Fallo del sistema organizativo:** fallos indirectos relacionados con la gestión, la cultura organizativa, los protocolos/procesos, la transferencia de conocimientos y los factores externos.
- **Fallo técnico:** fallo indirecto de las instalaciones o los recursos externos

Eventos adversos

Se denomina evento adverso cuando puede ser cualquier signo desfavorable y (por ejemplo, un hallazgo anormal de laboratorio), síntoma o enfermedad temporalmente asociados al uso de un medicamento, sin ningún juicio sobre la causalidad o la relación con el fármaco (National Institute of Dental , 2017).

Indica Llanes (2010) que un evento adverso es el daño, lesión o muerte causados por un tratamiento al paciente por profesionales sanitarios dentro de un establecimiento de salud, el cual no obedece a su propia enfermedad o complicaciones que hace referencia al resultado clínico que es adverso al esperado y normalmente sucede durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo.

Cabe resaltar que un contexto de una situación difícil no es necesariamente el resultado de una persona que comete un error en cuanto a la asistencia sanitaria, sino que las condiciones del sistema a menudo permiten que se produzca el acontecimiento adverso (Rafter & et al., 2014).

Por ello pueden tener un origen tecnológico, pero en la mayoría de los casos son consecuencia de fallos humanos. Se ha presumido que los riesgos para los pacientes disminuirían significativamente con los avances de la tecnología médica, pero no ha sido así. Por el contrario, los avances tecnológicos no han hecho más que magnificar la contribución humana a los riesgos médicos, reubicando los errores en lugar de eliminarlos (Ahmed & et al., 2014).

Hay que tomar en cuenta que cada año se producen 134 millones de eventos adversos en los hospitales de los países en vías de desarrollo, debido a una atención insegura, lo que provoca 2,6 millones de muertes. En todo el mundo, hasta 4 de cada 10 pacientes sufren daños en la atención sanitaria primaria y ambulatoria (WHO, 2019).

En la revisión de análisis sistémico de Skelly, Cassagnol, & Munakomi (2021) se encontró una incidencia anual de acontecimientos adversos de alrededor del 10%, entre los que se encontró que el 50% eran evitables. La tasa de mortalidad tras dichos acontecimientos adversos se estimó en alrededor del 8%. Los acontecimientos adversos más comunes notificados en la literatura incluyen:

- Relacionados con las especialidades quirúrgicas
- Relacionados con la medicación y los fluidos
- Infecciones asociadas a la atención sanitaria

Medidas para combatir eventos adversos

Indica Alvarado & Achury (2016) que una medida esencial es sensibilizar a los profesionales de salud para la prevención de los eventos adversos. Para llevar a cabo la prevención es importante aceptar que uno se puede equivocar, aplicar sistemas para detectar todos los errores y sus causas, diseñar sistemas de cuidado tendientes a reducir la probabilidad de errores y reconocer tempranamente los problemas emocionales en los que cuidan a los pacientes.

Menciona Cernadas (2001) que cuando los profesionales de salud tienen presente que puede equivocarse en realizar alguna actividad, tiende a generar mayor compromiso para evitar realizar algún daño al usuario que va a atender, también que al momento de realizar un error se brinda una notificación o registro lo cual permite identificar, analizar y generar barreras protectoras, facilitando de esta forma, la elaboración de guías y protocolos.

A su vez un buen ambiente laboral es fundamental para tener una óptima comunicación, organización de los sistemas de datos e implementación de los procesos facilitando al profesional de realizar un reporte. El profesional de salud debe de

compartir información con los usuarios y así logra evitar a contribuir en la preocupación por si llega a suceder un error. También se debe de tomar en cuenta los horarios de descanso del personal, debido a no tener un descanso adecuado provocaría cansancio y por ende llegaría a suceder algún accidente en la laboral quirúrgica (Cernadas, 2001).

Mediante la identificación de los errores más comunes en el área de cirugía podremos promover algunas medidas generales a tomar para evitar los eventos adversos en los que se pretende identificar, identificar y priorizar los problemas clínicos en el área de cirugía y de esa forma garantizar la seguridad del paciente. Las principales medidas generales a tomar en el área de cirugía son:

- Cumplimiento de requisitos de listado quirúrgico
- Organización adecuada para evitar errores como: errores de paciente, medicación, y resultados de análisis preoperatorios.
- Etiquetado correcto de medicamentos para garantizar de medicar de forma correcta en la práctica quirúrgica.

Las prevenciones prioritarias que se han investigado son mediante los errores o incidentes más comunes a realizar en el área de cirugía, que podemos utilizar para evitar o promover soluciones en caso de que algo así llegue a suceder. (Ministerio de Sanidad, 2016)

Prevención primaria

Indica Aibar & Aranaz (2016) que en la prevención primaria de los eventos adversos se tiene el objetivo de disminuir la incidencia, incrementando los factores que optimizando la seguridad del paciente y reduciendo los que generan errores y fallos latentes del sistema de atención.

Entre las actividades que se llevan en este nivel de prevención son:

- Fomento de la cultura de la seguridad en la organización.
- Formación y entrenamiento de los profesionales en técnicas y procedimientos complejos.
- Erradicación de procedimientos diagnósticos y tratamientos para los que existen alternativas más seguras.
- Aplicación de la mejor evidencia disponible en las áreas de prevención, diagnóstico, tratamiento, cuidados y organización de la actividad asistencial: prácticas clínicas seguras, normativas y guías clínicas basadas en la evidencia.
- Diseño de procesos evitando la aparición de previsibles fallos y errores en su desarrollo (análisis modal de fallos y efectos).
- Mejora de la higiene de las manos del personal asistencial.

(Kroeger, 1992) en su investigación considera que la prevención primaria es incluso más importante que la prevención secundaria, por el motivo de que tiene como objetivo disminuir o impedir el desarrollo de enfermedades mediante las vacunas, tratamientos o alteraciones en tratamientos ya establecidos para evitar de esa manera la propagación de contagios o enfermedades.

Técnicas de prevención primaria

La Organización Mundial de la Salud (OMS, Health security, 2020), aporta información sobre las técnicas de prevención primaria donde se encontraron dos tipos:

- La prevención de salud, mediante el medio ambiente.
- La prevención de salud, actuando directamente en el ser humano, promoviendo el cuidado de la salud para de esa forma evitar enfermedades.

Prevención secundaria

Según Aibar & Aranaz (2016) en el segundo paso de prevención se tiene el objetivo de mitigar las consecuencias que pueden presentarse en los pacientes, las actividades para disminuir esto son:

- Mantenimiento de sistemas de vigilancia y notificación de incidentes y algunos eventos adversos tales como infecciones nosocomiales, caídas de pacientes, úlceras por presión, reacciones adversas a medicamentos, etc.
- Facilitar la detección precoz de incidentes y eventos adversos mediante los sistemas de vigilancia y notificación.
- Optimizar los sistemas de comunicación entre estamentos profesionales y servicios, a fin de detectar lo más precozmente posible, situaciones de riesgo y eventos adversos.
- Comunicación fluida en la presencia del evento adverso, las actuaciones a seguir para minimizar sus consecuencias y evitar que vuelva a producirse.

(Kroeger, 1992) también indica su concepto de prevención secundaria como el diagnóstico y tratamiento precoz, es decir antes de que se presenten los síntomas de la enfermedad y para que se proceda a realizar su respectivo tratamiento o medicación a tiempo, tiene como objetivo impedir o provocar un tardío en el avance de las enfermedades detectándolas en su estado más temprano.

Otros autores como (Fleites, Quintero, & López, 2017) dicen que su objetivo principal es limitar el daño causado por la enfermedad, es decir que, por causa de la detención temprana de esta, mediante medicamentos y tratamientos hay mucha probabilidad de detener los daños que ya haya causado en el paciente.

Técnicas de prevención secundaria

La OMS, (OMS, Health security, 2020) indica tres técnicas de prevención secundaria:

- **Diagnóstico:** su definición según es reconocer una enfermedad mediante estudios o sus síntomas y de esa manera poder diferenciarla de cualquier otra enfermedad. (MUÑOZ, 2022)
- **Tratamiento temprano:** su objetivo es mejorar el pronóstico de las personas mediante el tratamiento adecuado y a tiempo para poder garantizar la detención de enfermedades o la eliminación de la misma. (Fernández & Díaz, 2005)
- **Control de enfermedad:** para garantizar un adecuado control de enfermedad es importante primero asegurarse de romper la cadena de transmisión, para que así se pueda buscar los factores o riesgos que conlleva el control y así el medico indicara la mejor alternativa para el paciente. (Salgado & et al, 2002)

Prevención terciaria

Este nivel se emplea cuando los dos anteriores fracasaron, se basa en reducir el impacto y las consecuencias derivadas del evento adverso incapacidad, dolor y complicaciones clínicas, y evitar su reaparición (Aibar & Aranaz, 2016).

Las actividades esenciales por llevarse a cabo son:

- El análisis detallado, profundo y pormenorizado de las causas que han contribuido a la aparición del efecto adverso, por medio de la técnica del análisis de causas raíz u otras similares.
- El dialogo, -cuidadosamente planificado-, con el paciente y la atención clínica y personal esmerada al paciente que ha sufrido el evento adverso. En su caso, comités de conciliación y negociación de las indemnizaciones a que hubiera lugar.

(Fleites, Quintero, & López, 2017) en su estudio indica que la prevención terciaria comprende a las medidas a seguir mediante los tratamientos y rehabilitación dependiendo de las necesidades del paciente o la enfermedad que tenga el usuario, con el objetivo de disminuir las probabilidades de que haya más complicaciones que contraiga la enfermedad principal, o que el paciente se agrave en su estado de salud, buscando así un mejor estilo de vida para el usuario.

Técnicas de prevención terciaria

La OMS (OMS, Health security, 2020) nos describe que tiene como objetivo hacer más lento el avance de la enfermedad y comúnmente se utilizan estas técnicas:

- Disminuir las incapacidades que ya existan hasta ese punto en el paciente.
- Reincorporar al enfermo, en las mejores condiciones que la enfermedad lo permita.

Prevención cuaternaria

Esta prevención se refiere a las recaídas del paciente, (Almenasa & et al, 2018) según autores, son las medidas a seguir que se utilizan para evitar o disminuir las consecuencias que provoquen los tratamientos tomados en el transcurso de la enfermedad, su objetivo también es evitar que vuelva una invasión medica al paciente.

Prácticas Seguras

Indica Aspden & et al. (2004) que las prácticas de seguridad del paciente se han definido como "aquellas que reducen el riesgo de acontecimientos adversos relacionados con la exposición a la atención médica en toda una serie de diagnósticos o afecciones" (p.18). Esta definición es concreta pero bastante incompleta, porque muchas

prácticas no han sido bien estudiadas en cuanto a su eficacia para prevenir o mejorar los daños.

Según Shojania & et al. (2001) que las prácticas que se consideran con suficiente evidencia para incluirlas en la categoría de prácticas de seguridad del paciente son las siguientes:

- Uso adecuado de la profilaxis para prevenir la tromboembolia venosa en pacientes de riesgo
- Uso de betabloqueantes perioperatorios en los pacientes adecuados para prevenir la morbilidad y la mortalidad perioperatorias
- Uso de barreras estériles máximas durante la colocación de catéteres intravenosos centrales para prevenir infecciones
- Aspiración continua de las secreciones subglóticas para prevenir la neumonía asociada al ventilador
- Autogestión del paciente para la warfarina con el fin de lograr una anticoagulación ambulatoria adecuada y prevenir complicaciones

Según el Ministerio de Salud Pública en su informe (Seguridad del Paciente - Usuario, 2016) definen las prácticas seguras como procedimientos donde se reduce una gran probabilidad de que sucedan eventos adversos que se relacionen con la atención de salud del paciente. Es una práctica que trata de prevenir, o eliminar los riesgos en una práctica clínica, ya sea tratamientos o procedimientos quirúrgicos.

Entre las prácticas establecidas entre el personal-paciente son de tres tipos:

Prácticas Seguras Administrativas, Prácticas Seguras Asistenciales y Prácticas Seguras Administrativas-Asistenciales, y cada una de ellas se desglosan de la siguiente manera:

1. Prácticas Seguras Administrativas

- Identificación correcta del paciente
- Mantenimiento de equipo a utilizarse.

2. Prácticas Seguras Asistenciales

- Manejo correcto de medicaciones
- Ajuste de medicamentos
- Administración de la dosis correcta de medicación
- Atención en las abreviaturas de los medicamentos para que no haya confusiones.
- Administración correcta de antibióticos
- Control adecuado de la presión

3. Practicas Seguras Administrativas-Asistenciales

- Información adecuada sobre el paciente
- Higiene correcta de manos
- Uso adecuado de instrumentos médicos
- Educación hacia el paciente
- Organización adecuada del personal en momento de la operación para evitar caídas o tropiezos

Cumplimiento

El personal médico encargado de la parte administrativa de las intervenciones quirúrgicas, además de tener información sobre lo que implica las practicas seguras, debe garantizar que se respetara y cumplirá en su totalidad, para de esa forma el paciente reciba con total seguridad la atención de calidad entre esos la tranquilidad de que su intervención quirúrgica no correrá ningún riesgo. Eso se logra con el cumplimiento de obedecer de forma correcta y sistemática las normas de bioseguridad

en la teoría y en la práctica. La capacitación de los profesionales toma un papel muy importante en esta área, debido a que como profesional debe haber evaluado los riesgos que pueden ocasionar alguna mala práctica o alguna desorganización en todo el proceso de la cirugía.

Cultura de seguridad del paciente

La cultura de seguridad del paciente es el grado en que las creencias, los valores y las normas de una organización apoyan y promueven la seguridad del paciente. Estas creencias se extienden a todos los niveles de una organización (por ejemplo, sistema, departamento, unidad) e influyen en las acciones y comportamientos del personal de toda la organización (Emergency Care Research Institute, 2019).

La cultura de la seguridad es un concepto en evolución y se centra en la prevención de los errores médicos y en el mantenimiento de la seguridad del paciente. Según Nieva y Sorra (2003) la cultura de seguridad del paciente es el resultado de las interacciones entre las actitudes, los valores, las habilidades y los comportamientos para comprometerse con la gestión de la seguridad en el trabajo. Por lo tanto, la cultura de la seguridad del paciente es un marco multifactorial que tiene por objeto promover un enfoque sistémico para prevenir y reducir los daños a los pacientes.

Para crear una cultura de seguridad del paciente, deben estar presentes muchos factores, entre los que se encuentran la comunicación eficaz, la dotación de personal adecuada, el cumplimiento de los procedimientos, la seguridad ambiental, la cultura, el liderazgo solidario, la orientación y la formación, y la comunicación abierta sobre los errores médicos (Joint Commission Resources, 2007).

Cirugía segura

La cirugía, se considera una disciplina de actitud artesanal, en la que la individualidad y la autoevaluación son los factores más fiables para garantizar la calidad; pero esto no es fiable en cuanto a los resultados y los principios de la medicina o la enfermería basados en la evidencia. En otras palabras, la cirugía depende de las mejores prácticas basadas en la evidencia y los cirujanos deben tener esta evidencia de su éxito y cumplimiento; de lo contrario, todos pueden ser reacios a su aplicación e implementación (Venneri & et al., 2020).

Según Ministerio de Sanidad , Servicios Sociales e Igualdad de España (2016) también se puede definir a la Cirugía Segura como el procedimiento llevado a cabo en el área quirófono por medio de intervenciones quirúrgicas para tratar algunas enfermedades que se desarrollan en el paciente, procurando que el usuario que será intervenido se mantendrá con vida antes, durante y después del proceso, a pesar de ello en algunas ocasiones a causa de la escasez de cuidado quirúrgico, llega a presentarse daños irreversibles.

La Organización Mundial de la Salud desarrollo el proyecto La cirugía segura salva vidas con el fin de aprovechar el compromiso de las entidades para poder topar aspectos de seguridad al paciente como un tema importante a discutir, como lo son las practicas que van en contra de la anestesia de forma segura, infecciones en relación a la cirugía evitables o la falta de comunicación entre el personal a intervenir en la cirugía, se detectaron que son problemas muy comunes, y que la mayoría son prevenibles mediante los protocolos de seguridad necesarios. (SEGURIDAD DEL PACIENTE, 2008)

Objetivos de una cirugía segura

- Prevenir de infecciones de heridas quirúrgicas

(ENRÍQUEZ, 2019) Una de las causas más comunes de complicaciones durante una cirugía es la infección de la herida quirúrgica, por lo tanto, existen medidas para poder prevenir esta causante. Algunas de las principales medidas son:

- La profilaxis antibiótica, en la hora anterior de la operación.
- La esterilización del instrumento operatorio.

Con esto evitamos de gran manera que durante la cirugía surja algún tipo de contratiempos.

- Brindar seguridad en la anestesia

Los riesgos en el procedimiento de la anestesia, es una de las causas más comunes de muerte durante la operación en el mundo. La tasa va aumentando 100-1000 veces en los países en desarrollo, lo que muestra que hay que ponerle más atención a este problema que cada vez es más grave y persistente, debido a esto se han aplicado normas de seguridad que gracias a eso ha disminuido notablemente el número de afectados en los países desarrollados, por lo que muestra la importancia de aplicar de manera correcta los cuidados básicos de la salud, los profesionales anestesiólogos deben ser acreditados, entrenados y tener una buena formativa, para que puedan saber cómo actuar de manera urgente en caso de que se lo requiera. (ENRÍQUEZ, 2019)

- Tener equipos quirúrgicos seguros.

Según la OMS (SEGURIDAD DEL PACIENTE, 2008) indica que el equipo quirúrgico no solo hace referencia a los elementos que ayudan a que la operación se lleve a cabo, sino que también son las personas que componen o intervienen durante la intervención quirúrgica.

Una de las bases de una buena cirugía es la comunicación entre el personal médico.

La lista de verificación segura

Los procedimientos quirúrgicos suponen un riesgo considerable para los pacientes, y a menudo pueden dar lugar a numerosas complicaciones, lo que afecta a la seguridad del paciente. Las causas de los acontecimientos adversos en los pacientes quirúrgicos pueden atribuirse a los errores humanos y a los fallos de comunicación. Por ello mediante la aplicación de listas de comprobación en medicina y cirugía se pueda disminuir el riesgo de que se produzcan acontecimientos adversos, mejorando así la seguridad del paciente (Mahajan, 2011).

La lista de verificación es una guía en la cual se evalúa los puntos que deben ser inspeccionados con el fin de identificar el comportamiento de las características y a su vez los posibles riesgos dentro de una intervención quirúrgica. Hay que tener en cuenta que esta lista es esencial debido a que permite el desarrollo de evaluaciones que involucren entorpecimientos en centros sanitarios y las características respecto al cumplimiento de las normas básicas de atención al paciente (Condor, Vallejos, & Chero, 2017).

Esta lista por cumplir comprende de un total de 19 puntos relacionados con los aspectos clave de la seguridad del paciente, y se divide en tres secciones distintas: entrada, tiempo de espera y salida. La lista de verificación está diseñada para reforzar la práctica clínica sin desviarse del papel del profesional sanitario. se ha desarrollado para que sea concisa, sencilla y fácil de usar. Lo más importante es que se centra en acciones críticas, es decir, acciones que, si se olvidan, ponen en peligro la vida del paciente, o acciones que se olvidan con regularidad y evitan eventos de alto riesgo (Weiser & et al,

2010).

En el contexto mundial, la lista de verificación fue implementada en diversos servicios de salud y en la práctica asistencial. Los beneficios adquiridos con el uso de esta herramienta están el desarrollo constante de potenciales situación adversos, la reducción de complicaciones quirúrgicas, la mejora de la comunicación y el trabajo en equipo. Por el contrario, la forma en que se produce el proceso de implementación de la lista puede llevar a una ejecución incompleta o inconsistente de la herramienta y a una baja tasa de cumplimiento por parte del equipo quirúrgico. En consecuencia, los beneficios en su empleo pueden variar en función de la eficacia de este proceso (Do Prado & Galvão, 2019).

Problemática de no usar lista de verificación

Se conoce según la investigación del autor (CARRION, 2017) que el 90% de los hospitales usan la lista de verificación, aunque la mayoría de los hospitales por la falta de organización y administración no manejan la lista de verificación de manera correcta, por el contrario de dan un uso incorrecto, inconsciente e incompleto, aunque no se ha podido asegurar que esta sea la causa de muerte de las personas, aun así se comprueba en esta investigación que se reduce en una gran mayoría las complicaciones cuando los equipos e instrumentos se completa mediante la lista de verificación. Hasta el momento la lista de verificación no ha tenido gran impacto en la disminución de casos de complicaciones o en el cambio de clima de seguridad. Esto quiere decir que, hasta ahora, aunque la lista de verificación en la mayoría de hospitales sea una obligación por parte del personal médico, eso no ha reducido los resultados de riesgo en los pacientes ni tampoco se ha tenido los resultados esperados en cuanto a las operaciones más organizada y administradas por parte del personal médico.

Límites para la falta de cumplimiento de la lista de verificación.

Según el autor (CARRION, 2017) , indica estos dos tipos de límites que pueden suscitarse:

1. Límites inherentes al personal

La problemática más grave en este tema es que algunas personas del personal médico aun piensa que la lista de verificación es solo una lista para macar y una herramienta de monitoreo cuando la lista de verificación tiene un propósito más importante que ese, lo más complicado de este proceso desde la creación de la lista de verificación ha sido integrarla en el proceso habitual de las cirugías, el objetivo principal de la lista de verificación muy aparte de garantizar una cirugía controlada y organizada para evitar algunas complicaciones que puedan surgir durante el proceso es crear un espacio donde los profesionales de salud puedan hablar y discutir de cada tema. Otro motivo puede ser las barreras jerárquicas en la sala de operaciones. Por tal motivo aparte de la adaptación de la lista de verificación en los procesos de cirugía, se debe garantizar la aceptación y el cumplimiento de la médica, promoción, formación y mecanismos de retroalimentación específica para de esa forma mejorar la capacitación individual, el cumplimiento y por lo tanto la intención de alcanzar los objetivos de lista de verificación. Se ha demostrado de todas formas que tanto los cirujanos, como anestesistas ven la lista de verificación como un instrumento valioso y de mucha ayuda, y reflejan de esa manera una opinión positiva ante la instalación de esta nueva norma. Cabe señalar que uno de los objetivos de la lista de verificación es crear un buen ambiente de trabajo no tanto por la herramienta en sí, sino por la percepción que tiene el trabajador de la salud sobre

este elemento de la herramienta y su importancia, lo que afecta principalmente su uso.

Barreras institucionales

Los médicos a menudo enfrentan desafíos de implementación después de que las instituciones adaptan las listas de verificación. Por lo tanto, se han identificado obstáculos administrativos para la implementación efectiva de la lista de verificación. Algunas de estas barreras incluyen:

- Mala comunicación entre el equipo quirúrgico
- Falta de administración y liderazgo
- Tiempo para completar la lista de verificación
- Dificultad para definir roles
- Responsabilidad de cada empleado

Existen también dos razones principales que podrían explicar las limitaciones identificadas:

1. Organización del trabajo

Generalmente se presenta una lista de verificación como una herramienta que nos ayuda a mejorar la comunicación entre el equipo quirúrgico y como un recordatorio en las situaciones estresantes, pero igual que algunas herramientas operacionales afecta de forma directa la organización del trabajo.

2. Relaciones laborales y los hábitos culturales en la práctica clínica,

La comunicación es una herramienta de uso que se debe manejar de igual forma por parte de las personas que están interviniendo en esa cirugía, pero aun así las investigaciones sugieren que es mejor si la comunicación se maneja de forma jerarquizada.

Cabe recalcar que no sucede lo mismo en todas las instituciones de salud, el número de preguntas no controladas varían dependiendo del centro médico, y esto es un reflejo de cómo se está manejando la lista de verificación y del uso que se le esté dando

Primeros auxilios

Su definición según Valencia, López, & Marin (2017) es que son los cuidados inmediatos o de alta urgencia, deben ser adecuados y provisionales brindados a las personas accidentadas o que tienen enfermedades que aparecieron súbitamente, estos son provisionales hasta buscar una ayuda profesionalmente de manera focalizada o hasta q las personas lleguen a un centro asistencial.

Los primeros auxilios se clasifican en dos tipos:

1. Primeros auxilios de emergencia: son las medidas que se dan de forma inmediata a personas que están en peligro vital, algunas de esas situaciones son:
 - Shock
 - Paro cardiorrespiratorio
 - Hemorragias
 - Asfixias
 - Envenenamiento
2. Primeros auxilios no emergentes: son las medidas que no se tienen que dar de forma inmediata necesariamente o donde no hay peligro vital de gran magnitud, algunas de esas situaciones son:
 - Dolores de partes como el abdomen, huesos
 - Fracturas de brazo

- Fracturas de pie

El objetivo de los primeros auxilios es ayudar a conservar la vida de las personas, mediante prácticas de emergencia que ayudan a mantener al paciente hasta que llegue una ayuda profesional de esa área, o hasta que el paciente sea trasladado a un centro de atención médica, su objetivo también es disminuir el riesgo de complicaciones del paciente. (Valencia, López, & Marin, 2017)

(Vértice, 2012) Los primeros pasos a seguir por parte de los primeros auxilios son:

1. Mantener la calma
2. Actuar de forma rápida
3. Llamar a emergencias
4. Evaluar al paciente y su respectiva situación.
5. Examinar al paciente
6. Mantener la temperatura corporal del paciente
7. Brindar tranquilidad al paciente o familiares
8. No administrarle medicamentos

(Vértice, 2012) Entre los principios fundamentales de la gestión de los primeros auxilios se encuentran los siguientes cuatro principios:

- Controlar la situación
- Actuar por pasos
- No asumir de ninguna forma los riesgos
- Atender de forma inmediata a la persona o lesionado

Riesgos quirúrgicos

Algunos de los ejemplos de riesgo quirúrgico según el tipo de cirugía.

1. Riesgo alto

- Cirugía aortica
- Cirugía vascular mayor
- Ducto biliar
- Adrenal
- Cirugía hepática
- Extirpación de la glándula de la próstata

2. Riesgo medio

- Colectomía
- Carotidea sintomática
- Aneurisma endovascular
- Ginecológico mayor

3. Riesgo bajo

- Cirugía de mama
- Cirugía dental
- Tiroides
- Ojos
- Ginecológico menor
- Ortopédico menor

Marco Conceptual

Evaluación: es una determinación sistemática del mérito, el valor y la importancia de un tema, utilizando criterios regidos por un conjunto de normas. Puede ayudar a una organización, programa, diseño, proyecto o cualquier otra intervención o iniciativa a evaluar cualquier objetivo, concepto/propuesta realizable, o cualquier alternativa, para

ayudar en la toma de decisiones; o para determinar el grado de logro o valor respecto a la finalidad y los objetivos y resultados de cualquier acción de este tipo que se haya completado (International Center for Alcohol Policies, 2012).

Protocolo: Es un conjunto de criterios predeterminados que definen las intervenciones de enfermería apropiadas que articulan o describen situaciones en las que la enfermera hace juicios relativos a un curso de acción para la gestión eficaz de problemas comunes de atención al paciente (Heymann , 1994).

Cirugía: La cirugía es una técnica invasiva cuyo principio fundamental es la intervención física sobre órganos/sistemas orgánicos/tejidos por razones diagnósticas o terapéuticas. Por regla general, se considera que un procedimiento es quirúrgico cuando implica el corte de los tejidos de una persona o el cierre de una herida sufrida previamente (American College of Surgeons, 2016).

Seguridad sanitaria: es un concepto que engloba actividades y medidas más allá de las fronteras soberanas que mitigan los incidentes de salud pública para garantizar la salud de las poblaciones (OMS, 2020).

Calidad: En términos de salud consiste en el grado en que los servicios sanitarios para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales actuales (Hendler, Buttell, & Daley, 2007).

Servicios de salud: Se definen como las prestaciones de una asistencia médica, estos servicios poseen una técnica de atención el cual está orientado a la restauración, promoción y mantenimiento de la salud de los usuarios (Werner & et al., 2016).

Bienestar: Es la satisfacción y su nivel de complacencia de los pacientes o familiares, en situaciones específicas, establece un estado de ánimo positivo hacia las personas. (Denegri, 2015)

Riesgos: Se define como una variación de los resultados que se esperan, normalmente los riesgos que se producen son de forma aleatoria, otra característica es que se sale de las manos de las personas, obligándolos a tomar decisiones apresuradas. (Chuquitarco, 2012)

Mejora continua: Tenemos como definición a la relación de que nada puede terminarse o terminar de mejorar de forma definitiva, es la búsqueda continua que permite que algo siga mejorando en relación de sus antiguas versiones o sea mejor que su competencia. Es un proceso que siempre está en cambio y desarrollo con altas probabilidades de mejorar. (Sánchez, 2010)

Recuperación del paciente: es el estado final de una persona en el transcurso de una enfermedad, después de un proceso largo o corto de tiempo usando medicamentos o tratamientos, la forma de identificar que una persona se está recuperando es que reduce o elimina por completo los síntomas provocados por la enfermedad. (Agrest & Druetta, 2015)

Lesiones: se considera como cualquier alteración dañina que es producida en el cuerpo normalmente en el tejido por alguna causa externa e incluso alguna enfermedad. (Sáez, 2019)

CAPITULO II

Marco referencial

Para profundizar en el tema se procedió a incluir investigaciones previas realizados a nivel internacional por diversos autores que guardan relación con el presente estudio.

En la investigación titulada “A clinical perspective study on the compliance of surgical safety checklist in all surgical procedures done in operation theatres, in a teaching hospital, Ethiopia, 2021: A clinical perspective study “ realizado por Tarekegn,

Yaregal, & Birlie, 2021 (2021) este estudio tuvo como objetivo identificar el cumplimiento de la lista de comprobación de seguridad quirúrgica, se lo realizó del 20 de febrero al 20 de marzo de 2021 en un hospital universitario de referencia.

Los datos se recogieron mediante observación directa utilizando la lista de comprobación estándar de la Organización Mundial de la Salud. Se realizaron estadísticas descriptivas utilizando el SPSS versión 20. En los resultados se observó que un total de 100 operaciones realizadas en el quirófano principal de su seguridad quirúrgica antes de la inducción de la anestesia, antes de la incisión quirúrgica y antes de que un miembro del equipo saliera del quirófano, es importante recalcar que algunas reglas no fueron observadas Estándares de la OMS para la lista de verificación de seguridad quirúrgica.

En la investigación realizada por Sotto, Burian, & Brindle (2021) titulada “Impact of the WHO Surgical Safety Checklist Relative to Its Design and Intended Use: A Systematic Review and Meta-Meta-Analysis“ el objetivo de este estudio era identificar qué partes de la Lista de Comprobación de la Seguridad Quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud (LSC de la OMS) funcionan, qué se puede hacer para que sea más eficaz y determinar si ha logrado el efecto previsto en relación con su diseño y uso previsto. Se realizó un análisis temático cualitativo y metanálisis de los resultados de las revisiones sistemáticas de la CSE de la OMS, siguiendo las directrices de los Elementos de Información Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Meta-análisis (PRISMA).

Se incluyeron 20 revisiones sistemáticas para el análisis temático cualitativo. La información narrativa se codificó en 4 áreas principales, centrándose en el impacto de la CSS de la OMS. Cuatro temas -resultados clínicos, medidas del proceso, dinámica y comunicación del equipo, y cultura de la seguridad- se referían directamente a los

objetivos o propósitos del desarrollo del SSC. Los otros dos temas -Eficiencia y carga de trabajo que implica el uso de la lista de verificación e Impacto de la lista de verificación en las prácticas institucionales- están asociados con el uso de la CSS, pero no fueron áreas centrales consideradas durante su desarrollo. En las 20 revisiones sistemáticas se incluyeron 24 estudios de cohortes observacionales únicos que informaron de datos pre-post sobre un total de 18 resultados clínicos. La mortalidad, la morbilidad, la infección del sitio quirúrgico, la neumonía, el regreso no planificado al quirófano, la infección del tracto urinario, la pérdida de sangre que requiere transfusión, la intubación no planificada y la sepsis favorecieron el uso del CSS de la OMS.

En la investigación de Liu & Mehigan (2021) titulada “A Systematic Review of Interventions Used to Enhance Implementation of and Compliance With the World Health Organization Surgical Safety Checklist in Adult Surgery “ se basó en una revisión sistemática en la cual se tuvo el objetivo de identificar y sintetizar las pruebas de la efectividad de las intervenciones para aumentar el cumplimiento de la Lista de verificación de la seguridad quirúrgica (SSC) de la Organización Mundial de la Salud para la cirugía en adultos. Se realizaron búsquedas en diversas bases de datos y se identificaron 24 artículos revisados por pares con un diseño cuantitativo (n = 17), cualitativo (n = 4) o de métodos mixtos (n = 3) publicados en inglés desde el 1 de enero de 2008 hasta el 8 de julio de 2020. Las intervenciones incluyeron la modificación de las formas de aplicación de la CSS, la integración o adaptación de la CSS al contexto local o a la práctica existente, la promoción de la concienciación y el compromiso de los clínicos y la gestión de las políticas. A pesar de la falta de medidas de resultado comunes, todos los resultados de los estudios cuantitativos y de métodos mixtos mostraron un efecto positivo significativo en el cumplimiento de la CSS. Unos pocos investigadores informaron de cambios no significativos o negativos en ciertos aspectos

con las intervenciones. Es necesario realizar más investigaciones para abordar las medidas de cumplimiento de la CSE a nivel global y los resultados en los países en desarrollo.

En el trabajo de investigación de Tan & et al. (2021) titulado “Attitudes and compliance with the WHO surgical safety checklist: a survey among surgeons and operating room staff in 138 hospitals in China” tuvo el objetivo de evaluar la influencia actual de la SSC de la Organización Mundial de la Salud (OMS) observando los tres componentes de la lista de comprobación durante los procedimientos quirúrgicos electivos en China, así como encuestar al personal de los quirófanos y a los cirujanos en general sobre la SSC de la OMS mediante un cuestionario que se diseñó para obtener opiniones auténticas sobre el CSE de la OMS. También se realizó un estudio transversal prospectivo en cinco hospitales de nivel 3. Se formó a los recopiladores de datos locales para que documentaran el rendimiento de los ítems específicos. Se obtuvo los siguientes resultados el cumplimiento global fue del 79,8% y el cumplimiento en los puntos dependientes del cirujano del componente "tiempo de espera" se redujo cuando fue dirigido por la enfermera ($p < 0,0001$). Las intervenciones del CSS de la OMS que se omiten en el CSS del Ministerio de Sanidad siguieron discutiéndose más de la mitad de las veces. La tasa global de acontecimientos adversos fue del 2,7%. Concluyendo que el SSC de la OMS sigue siendo una poderosa herramienta para la seguridad del paciente quirúrgico en China.

En el trabajo de Gatica (2020) El objetivo de “Cumplimiento del Checklist de Cirugía Segura para el Personal de Enfermería en Quirófano del Hospital General de Acapulco” fue determinar si el personal de enfermería del servicio de quirófano del Hospital General cumplió con el Checklist de Cirugía Segura. Utilizando métodos

observacionales y descriptivos, una muestra de 18 enfermeras que laboran en un quirófano utilizando como herramientas guías de observación y cuestionarios. Los resultados se observaron que el cumplimiento del LVC en el Hospital General de Personal de Enfermería fue de 5.6% excelente y el 33.3% no respetó. Se encontró que solo el 16.7% del nivel de conocimiento tiene un alto conocimiento y un 5.6% de bajo conocimiento. Según las tres etapas de la Lista de Verificación de Validación de Cirugía Segura: Al ingreso, el 27,8% cumplió con el mínimo, el 27,8% falló; en suspensión alcanzó un mínimo del 66,7% y con potencia, un notable 38,9%. Se concluyó que la mayoría del personal de salud del quirófano del Hospital General de Acapulco no siguió el checklist de cirugía segura.

En el estudio de Asefzadeh, Rafiei, & Karimi (2020) titulado “Variation in compliance with safe surgery checklist in hospitals with different levels of patient safety culture“ se basó en evaluar la variación en el cumplimiento de la lista de comprobación de cirugía segura en hospitales con diferentes niveles de cultura de seguridad del paciente. En el cual se empleó metodología descriptiva transversal fue realizado en seis hospitales de formación afiliados a la Universidad de Ciencias Médicas de Qom (Irán) en 2016. Se evaluó la cultura de seguridad del paciente entre 206 empleados de quirófano que fueron seleccionados para participar en el estudio mediante el método de consenso. Además, se recopilaron todas las listas de comprobación de cirugía segura en el periodo de estudio (de abril a junio de 2016) y se analizaron mediante la versión 20 de SPSS y el uso de pruebas estadísticas descriptivas y analíticas. Los resultados revelaron que la cultura de seguridad del paciente entre los empleados se evaluó en un nivel moderado ($117,05 \pm 4,7$). Entre las diferentes dimensiones del clima de seguridad del paciente, la puntuación más alta correspondió al trabajo en equipo ($36,9 \pm 1,2$), la percepción de seguridad entre el personal ($32,1 \pm 0,7$) y el apoyo del director ($31,7 \pm$

0,4). Además, los resultados confirmaron que los hospitales con diferentes niveles de cultura de seguridad del paciente presentaban diversas tasas de cumplimiento de la lista de comprobación de cirugía segura.

En el trabajo titulado “Evaluation of a patient safety programme on Surgical Safety Checklist Compliance: a prospective longitudinal study“ realizado por Gillespie & et al. (2018) en la cual se tuvo el objetivo de Evaluar un programa de seguridad del paciente sobre el cumplimiento de la lista de verificación de la seguridad quirúrgica, en la cual se implementó un programa de seguridad del paciente durante 4 semanas para mejorar el uso del SSC por parte de los equipos quirúrgicos. Se realizaron observaciones estructuradas para evaluar el uso de la lista de comprobación por parte de los equipos quirúrgicos antes y después de la aplicación del programa y se llevó a cabo una auditoría retrospectiva de los datos de incidentes clínicos 12 meses antes y 12 meses después de la aplicación del programa. En los resultados se visualizó que se produjeron mejoras significativas en el uso observado del CSS en todas las fases, en particular en el registro de salida, donde las tasas de finalización variaron del 79,3% al 94,5% ($p < 0,0001$) tras la implantación del programa. A lo largo de los periodos de auditoría de incidentes clínicos, se realizaron 33.019 procedimientos quirúrgicos. Sobre la base de una submuestra de 64 casos, se produjeron incidentes clínicos en 22/16 264 (0,13%) antes de la implantación y en 42/16 755 (0,25%) casos después de la implantación. El incidente más predominante tras la implantación del programa fue el etiquetado inadecuado de las muestras de tejido (23/42, 54,8%). Los incidentes clínicos tuvieron como resultado un daño mínimo o nulo para el paciente.

En el trabajo de Asefzadeh & et al. (2017) titulado “Compliance with WHO safe surgery checklist in operating rooms: A case study in Iran Hospitals “ este estudio tuvo

como objetivo determinar el cumplimiento de los hospitales del estudio con la lista de verificación de cirugía segura en 2016. Se empleó una metodología retrospectiva y descriptiva en los hospitales generales de formación afiliados a la Universidad de Ciencias Médicas de Qom entre abril y junio de 2016. Se recopilieron todas las listas de control quirúrgico en este periodo y se mencionó su uso en relación con cada operación. Los datos se introdujeron en el SPSS versión 20 y se analizaron mediante pruebas estadísticas descriptivas y ANOVA de una vía. En los resultados se observó que un total de 1.771 cirugías fueron realizadas en seis hospitales universitarios durante un periodo de estudio de tres meses y sus correspondientes listas de verificación quirúrgica. La tasa global de uso y cumplimentación de las listas de verificación fue del 74%. Entre ellos, el cumplimiento de los elementos de registro, tiempo de espera y salida fue del 58%, 16% y 26%, respectivamente.

Mientras en el estudio titulado “Compliance and Effectiveness of WHO Surgical Safety Check list: A JPMC Audit” realizado por Anwer & et al. (2016) se basó en evaluar la Lista de Comprobación de la Seguridad Quirúrgica (SSC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) mediante un método de observación, su cumplimiento y su eficacia para reducir las complicaciones y el resultado final de los pacientes; se empleó una metodología retrospectiva en la cual se observó los siguientes resultados en el primer año, de los 840 procedimientos quirúrgicos, la CSS se marcó correctamente en 172 (20,4%) casos. En el segundo año, de 857 intervenciones quirúrgicas se marcaron 303 (35,3%) casos, lo que aumentó en el tercer año, de 935 intervenciones quirúrgicas, en 757 (80,9%) casos, y en el cuarto año, de 932 intervenciones quirúrgicas, se marcaron 838 (89,9%) casos. La tasa de mortalidad también fue la misma en los cuatro años por cual se concluyó que es una herramienta eficaz para reducir las complicaciones

intrahospitalarias, produciendo así un resultado favorable. La realización de su eficacia mejoraría el cumplimiento.

En el trabajo titulado “Effectiveness of Surgical Safety Checklists in Improving Patient Safety“ por Ragusa & et al. (2016) en este artículo se revisa la bibliografía reciente sobre las listas de comprobación de la seguridad quirúrgica y otras herramientas diseñadas para prevenir las intervenciones quirúrgicas erróneas y mejorar la seguridad de los pacientes en el quirófano. Se hace hincapié en el grado de cumplimiento de estas directrices por parte de las instituciones, en las percepciones y actitudes de los encargados de aplicarlas y en su eficacia. La literatura muestra que la aplicación de estos protocolos ha mejorado la seguridad de los pacientes. En general, el personal de los quirófanos ve con buenos ojos estos esfuerzos. Sin embargo, no se ha demostrado el papel de estas listas de comprobación y otras herramientas en la reducción de las cirugías erróneas. El objetivo de la profesión sanitaria debe ser seguir mejorando los avances que se han realizado en la aplicación de las listas de verificación quirúrgica y en la prevención de las cirugías erróneas. Los profesionales de la institución de los autores buscan continuamente formas de mejorar los protocolos actuales para prevenir las cirugías por error. Los autores han empleado recientemente un protocolo en el que los instrumentos quirúrgicos se guardan en el fondo de la sala, lejos del paciente, hasta que se completa el tiempo de espera quirúrgico. Esta práctica ayuda a garantizar que los miembros del equipo no se distraigan o se preocupen por preparar el equipo durante el tiempo de espera. Este enfoque también ayuda a mitigar el estilo jerárquico en el quirófano.

Mientras en el trabajo “A Comparative Effectiveness Analysis of the Implementation of Surgical Safety Checklists in a Tertiary Care Hospital“ realizada por Bock & et al.(2016) se basó en evaluar la asociación entre la implantación de los SSC y

las tasas de mortalidad por todas las causas a los 90 y 30 días, la metodología empleada fue evaluar los resultados de los procedimientos quirúrgicos realizados durante los 6 meses anteriores (del 1 de enero al 30 de junio de 2010) y posteriores (del 1 de enero al 30 de junio de 2013) a la introducción de los SSC mediante un análisis retrospectivo de las bases de datos administrativas.

La muestra total del estudio, de 10.741 pacientes, incluía 5.444 antes de la intervención y 5.297 después (5.093 [47,4%] hombres y 5.648 [52,6%] mujeres; edad media [DE], 53,0 [23,0] años). La mortalidad por cualquier causa a los noventa días fue del 2,4% (129 pacientes) antes de la intervención, en comparación con el 2,2% (118 pacientes) después de la misma, lo que supone una odds ratio ajustada (AOR) de 0,73 (IC del 95%, 0,56-0,96; $p = 0,02$). La mortalidad por todas las causas a los 30 días fue del 1,36% (74 pacientes) antes de la implantación del SSC, en comparación con el 1,32% (70 pacientes) después de la misma, lo que supone una AOR de 0,79 (IC del 95%, 0,56-1,11; $p = 0,17$). Los reingresos a los 30 días se produjeron en 797 pacientes (14,6%) en el grupo anterior a la implantación frente a 766 pacientes (14,5%) en el grupo posterior a la implantación, lo que supone una razón de momios de 0,90 (IC del 95%, 0,81-1,01; $p = 0,79$). La duración ajustada de la estancia fue de 10,4 (IC del 95%, 10,3-10,6) días en el grupo de preimplantación, frente a 9,6 (IC del 95%, 9,4-9,7) días en el grupo de postimplantación ($p < 0,001$).

En la investigación titulada “A Systematic Review of the Effectiveness, Compliance, and Critical Factors for Implementation of Safety Checklists in Surgery” realizada por Borchard & et al. (2012) tuvo el objetivo de evaluar la eficacia, el cumplimiento y los factores críticos para la aplicación de listas de control de seguridad en cirugía. Se realizó un metanálisis de efectos aleatorios de los datos de eficacia si 2 o

más estudios informaban de un resultado específico. En el cual se obtuvo que, con el uso de listas de control, el riesgo relativo de mortalidad es de 0,57 [intervalo de confianza (IC) del 95%: 0 intervalo de confianza (IC): 0,42-0,76] y para cualquier complicación 0,63 (IC 95%: 0.58-0.67). La tasa de cumplimiento global osciló entre el 12% y el 100% (media: 75%) y para el tiempo de espera del 70% al 100% (media: 91%). Concluyendo que las listas de comprobación son herramientas eficaces y económicas que disminuyen la mortalidad y la morbilidad. El cumplimiento de las listas de verificación por parte del personal quirúrgico fue bueno en general. Se necesita más investigación, en particular en relación con la aplicación.

Instituciones regularizadoras

Dentro del país el Ministerio de Salud Pública se hace cargo que todas las instituciones sanitarias empleen protocolos en base de los objetivos y medidas de cirugía segura que creó la Organización Mundial de la salud en la iniciativa la cirugía (Ministerio de Salud , 2020).

También la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria es la que maneja el sistema de notificación para informar los posibles casos adversos. En 2019 se notificaron 884 casos, de los cuales 68 casos, correspondientes al 7,69 %, fueron efectos secundarios graves, y los 770 casos restantes, o el 87,10 %, no fueron graves. (Lagla, 2021)

La Ley General de Salud, la Ley N° 41/2002 denominada “Ley Básica de Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en la Información y Documentación Clínica” y la Ley N° 16/28 de mayo de Cumplimiento y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003. Entre ellos se encuentran los objetivos de prevención de riesgos para la salud de los pacientes y la seguridad de los procedimientos realizados, relacionados

con la calidad y prestación de las actividades asistenciales realizadas en un entorno seguro.(MSP, 2015)

Marco legal

La Constitución de la República del Ecuador (2008) en el Capítulo II, Sección 7, Artículo 32 “Derechos del buen vivir”:

La salud es un derecho garantizado por el Estado, y su realización está relacionada con la realización de derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, el deporte, el trabajo, la seguridad social, un medio ambiente sano y otros derechos que sustentan una vida mejor.

El Estado garantizará estos derechos a través de políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; acceso continuo, oportuno y no exclusivo a programas, actividades y servicios que promuevan la salud sexual y reproductiva integral. La prestación de los servicios de salud se guiará por los principios de igualdad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, prevención y bioética con enfoque de género y generacional.

Por ende, en este artículo se indica que el estado garantizara el acceso a los servicios de salud de manera equitativa y de calidad para los ciudadanos.

En la ley orgánica del servicio público (2018) , artículo 6: Indica que 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”.

Desde el 7 de noviembre de 2013, el Ministerio de Salud Pública de Ecuador ha adoptado los estándares internacionales de la OMS como reglamento para la práctica quirúrgica segura emitidos en el marco del Acuerdo Ministerial del MSP, que establece:

Artículo 2: "Establecer una "Lista de verificación de seguridad del oficial"

Manual para el uso de la lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS 2009” y “Operación Segura Salva Vidas”, como normas del Ministerio de Salud Pública, de obligado cumplimiento a nivel nacional para el sistema público de salud (red sanitaria pública y red complementaria). La Agencia de Calidad Asistencial vigila y controla su cumplimiento para garantizar que se implementen las medidas de seguridad necesarias, para minimizar los riesgos más prevenibles para el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos y su uso en hospitales de segundo y tercer nivel.

Mientras en este artículo se indica que el Ministerio de Salud se encargara de poner en práctica la atención de calidad mediante la lista de verificación de seguridad de la cirugía porque se obligara a ponerla en práctica dentro del territorio nacional con el objetivo de disminuir los eventos adversos dentro de la práctica quirúrgica.

CAPITULO III

Marco metodológico

En este capítulo se especificará las variables, se detallará sobre el enfoque, alcance y método dentro de la investigación. Se determinará también el tipo de instrumentos y herramientas para llevar a cabo la recolección de información en el área de quirófano de traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, 2022.

Enfoque de la Investigación

La investigación cuantitativa se considera la indagación organizada sobre el fenómeno mediante la recopilación de datos numéricos y la ejecución de técnicas estadísticas, matemáticas o computacionales. La fuente de la investigación cuantitativa es el paradigma del positivismo, que aboga por enfoques integrados en el desglose estadístico que implican otras estrategias como la estadística inferencial, la comprobación de

hipótesis, la exposición matemática, el diseño experimental y cuasi-experimental, la aleatorización, el cegamiento, los protocolos estructurados y los cuestionarios con una variedad restringida de respuestas preestablecidas (Babatunde , 2020).

En la presente investigación se empleó un enfoque cuantitativo; porque se realizó una recolección de información numérica y se empleó herramientas estadísticas para evaluar del cumplimiento de los protocolos para una cirugía segura en el área de quirófano de traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.

Método de Investigación

El enfoque deductivo consiste en "elaborar una hipótesis (o varias) basada en la teoría existente y, a continuación, diseñar una estrategia de investigación para poner a prueba la hipótesis" (Wilson, 2010).

Se ha afirmado que "deductivo significa razonar de lo particular a lo general. Si una relación o vínculo causal parece estar implícito en una teoría particular o en un ejemplo de caso, podría ser cierto en muchos casos. Un diseño deductivo podría comprobar si esta relación o vínculo se da en circunstancias más generales" (Wilson, 2010).

El método de investigación empleado en el presente trabajo es deductivo, porque se obtuvieron resultados en base de análisis de conceptos teóricos, cabe resaltar que el enfoque cualitativo siempre va de la mano con el método deductivo, por lo cual se empleó los datos numéricos que permitieron erradicar fallas que influían al momento de las bases teóricas establecidas; cabe mencionar que, el método deductivo va de la evaluar del cumplimiento de los protocolos para una cirugía segura en el área de quirófano de traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.

Alcance de la Investigación

El alcance de la presente investigación es de carácter analítica como su nombre mismo lo

indica tiene como objetivo describir situaciones, personas, cosas, las cuales están sujetas a un estudio investigativo.

El término investigación descriptiva, la investigación descriptiva es única en cuanto al número de variables empleadas. Al igual que otros tipos de investigación, la investigación descriptiva puede incluir múltiples variables para el análisis, pero a diferencia de otros métodos, sólo requiere una variable (Nassaji, 2015).

Se utilizará la de tipo descriptiva en la investigación debido a que se busca describir y analizar el cumplimiento de los protocolos para una cirugía segura en el área de quirófano de traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.

Técnica e Instrumento de Recopilación de Datos

En la presente investigación se empleó de instrumento la encuesta. Indica que Casas, Repullo, & Donado (2003) la técnica de encuesta es ampliamente utilizada como procedimiento de investigación, debido a que permite obtener y elaborar información de manera óptima y eficiente.

Se emplearon dos tipos de herramientas el primero obtenido de la verificación del cumplimiento de la lista de cirugía segura por la enfermera de Centro Quirúrgico del Hospital Nacional “Rezola” De Cañet E; Lima, 2018 creado por Judiht Maura Caisahuana Martínez, Diana Carolina Cisneros Loza y Karina Silvia Pizarro Barzola (2018), es una guía de observación cumplimiento de los parámetros del listado de cirugía segura, el cual se divide en cuatro secciones las cuales son: datos demográficos (información cuantitativa), fase preoperatoria, fase intraoperatoria y fase postoperatoria (información cuantitativa) las preguntas son de tipo cerradas y con respuestas dicotómicas por lo cual al si se le dio el valor de 1 y al no el valor de 0.

En el segundo cuestionario titulado “Nivel de conocimiento obtenido de un estudio sobre

los protocolos utilizados para una cirugía segura”, Evaluación del Cumplimiento de las Normas de Bioseguridad para Cámaras de Alicia Buñay, Silvia Lema y Mery Quezada (2014), las preguntas de este cuestionario. termina con múltiples respuestas, en cuyo caso hay varias respuestas que no son todas Sí y No, también hay algunas referencias a tiempos o actividades específicas. La investigación será prospectiva, debido a que nos ayudará a sacar conclusiones, analizar situaciones de diversas áreas con el fin de poder determinar lo que puede pasar en el futuro y de esa forma tomar medidas para que la problemática no avance.

Herramientas de Análisis de Datos

Para el análisis de los datos de la presente investigación, se recopiló toda la información mediante el programa Microsoft Excel 2019, se procedió a tabular los datos creando los gráficos estadísticos y tablas de frecuencias con los resultados de la evaluación del cumplimiento de los protocolos para una cirugía segura en el área de quirófano de traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.

Población

La población es el universo, totalidad o conjunto de elementos sobre los que se investiga o hacen estudios (López, 2004). En el presente estudio la población consistió en 50 colaboradores que ejercen en el área de quirófano de traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo. no se realizó ningún tipo de muestreo debido a que se realizó un censo con todo el personal del área.

Operacionalización de variables

Tabla 1.

Operacionalización de las variables del estudio.

Variables	Definición	Dimensiones	Ítems	Instrumento	Datos
Conocimiento respecto a una cirugía segura	La cirugía es una práctica reconocida que pretende mejorar la seguridad de las intervenciones quirúrgicas reducir los eventos adversos evitables (Organización Mundial de la Salud, 2008).	Normas de bioseguridad Lavado de manos Medios de protección Inmunizaciones Accidente laborales	1-10 11-15 16-22 23-32	Encuesta	Nominal
Cumplimiento de los parámetros del listado de cirugía segura	Herramienta para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente,	Datos demográficos Fase preparatoria Fase intraoperatoria Fase	I II 1-5 III 1-5 IV 1-5	Encuesta	Ordinal Nominal

resultado de la postoperatoria
identificación
de una serie de
controles de
seguridad que
podrían llevarse
a cabo en
cualquier
quirófano
(González &
Torres, 2012).

Resultado de las variables

Variable 1: Conocimiento respecto a una cirugía segura

Definición: Es un procedimiento de intervenciones quirúrgicas donde se presente o se espera reducir o eliminar los riesgos quirúrgicos o también conocidos eventos adversos que se puedan evitar. (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Dimensiones:

- Normas de bioseguridad
- Lavado de manos
- Medios de protección
- Inmunizaciones
- Accidente laborales

Instrumento: Encuesta

Ítems: La encuesta tiene un total de 32 preguntas.

Escala: Ordinal, nominal.

Variable 2: Cumplimiento de los parámetros del listado de cirugía segura

Definición: Se define como una herramienta de ayuda al equipo quirúrgico para que se puedan reducir los daños al paciente mediante la intervención, es el resultado de identificar problemas, o resultados inesperados que pueden llevarse en cualquier quirófano, con el fin de prevenir ciertas situaciones de riesgo. (González & Torres, 2012)

Dimensiones:

- Datos demográficos
- Fase preparatoria
- Fase intraoperatoria
- Fase postoperatoria

Instrumento: Encuesta

Escala: Ordinal, nominal.

Resultado de la investigación

En la primera encuesta realizada sobre el cumplimiento de los parámetros del listado de cirugía segura, los resultados dictaron que el 48.14% cumplen con los protocolos de cirugía segura en la primera etapa llamada antes de la inducción de la anestesia, lo cual hay que brindarle la importancia que requiere. Los resultados fueron que el 54.66% cumplen con los protocolos antes de la incisión cutánea. El 44.5% cumple con la verificación adecuada antes y después de la cirugía con el objetivo de prevenir los eventos críticos. El 48.8% de los profesionales de salud, cumplen con los requisitos

antes de que el paciente salga del quirófano.

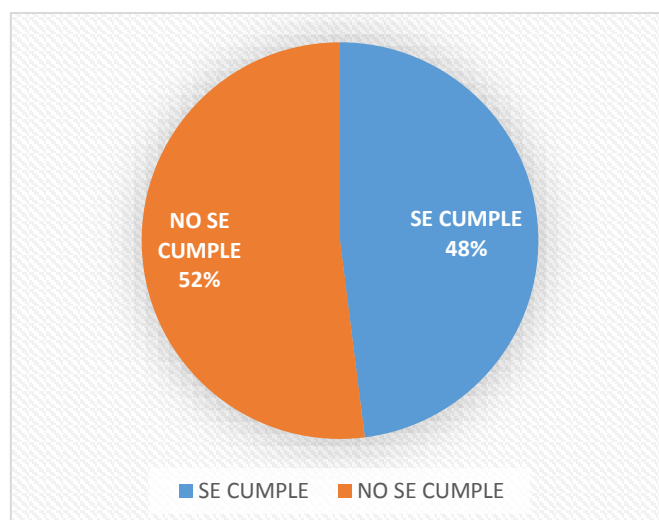
En base a la segunda encuesta sobre el grado de conocimiento respecto a los protocolos empleados para una cirugía segura. Los resultados de la misma arrojaron los siguientes resultados: el 79% conoce y sigue las normas de bioseguridad, el 68% realiza de forma adecuada el lavado de manos antes de la cirugía, el 82% sigue los protocolos de métodos de protección, el 100% de las personas tiene aplicada las inmunizaciones, y el 53% de los profesionales de salud están preparados en caso de un accidente laboral.

De esta manera se evaluó el cumplimiento del personal de enfermería en cada intervención quirúrgica en el área de quirófano de Traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo. Con el fin de realizar una propuesta que se detalla en el siguiente capítulo. También se evaluó e identificó el conocimiento respecto a los protocolos utilizados para una cirugía segura, diseñando así una estrategia de intervención para reducir la presencia de eventos adversos durante la intervención quirúrgica en el área de quirófano de Traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.

A continuación, se detallarán los resultados de cada pregunta de la primera encuesta realizada sobre el cumplimiento de los parámetros del listado de cirugía segura.

En cuanto a la primera etapa llamada ‘antes de la inducción a la anestesia’ los resultados fueron estos:

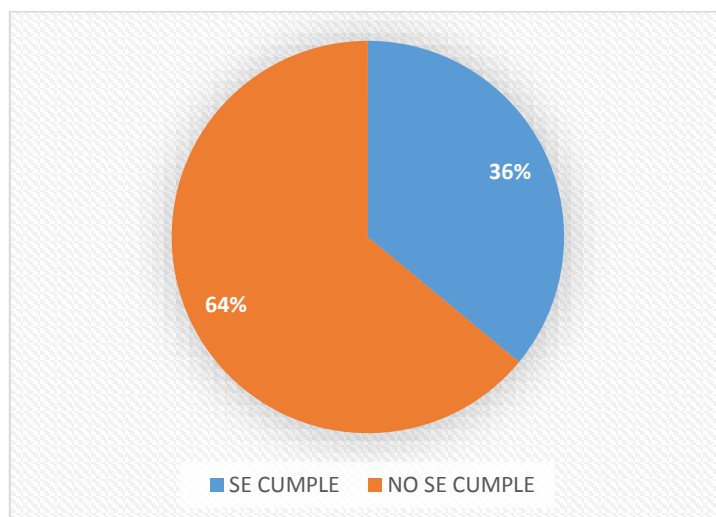
Figura 1. *Porcentaje de cumplimiento de “confirmación de su identidad, sitio quirúrgico, procedimiento y consentimiento”.*



Fuente: Elaboración propia

El 48% cumple con el procedimiento de recolección de datos, confirmando la identidad, el sitio quirúrgico, procedimiento y consentimiento del paciente, mientras que el 52% no cumple con este enunciado.

Figura 2. Porcentaje de cumplimiento de “marcado de sitio quirúrgico”.

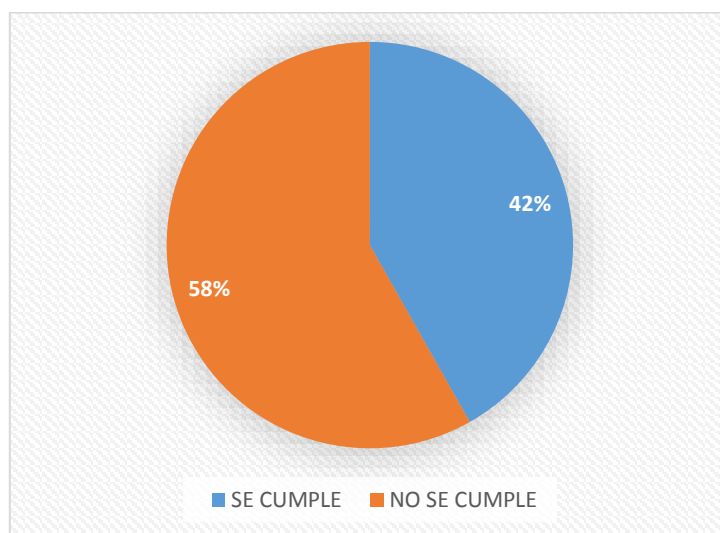


Fuente: Elaboración propia

El 36% cumple con el marcado de sitio quirúrgico, esto es alarmante debido a que el 64% no cumple con esto lo cual puede llevar a darse eventos adversos por confusión relacionado al sitio quirúrgico.

Figura 3. Porcentaje de cumplimiento de ‘comprobación de los aparatos de anestesia y

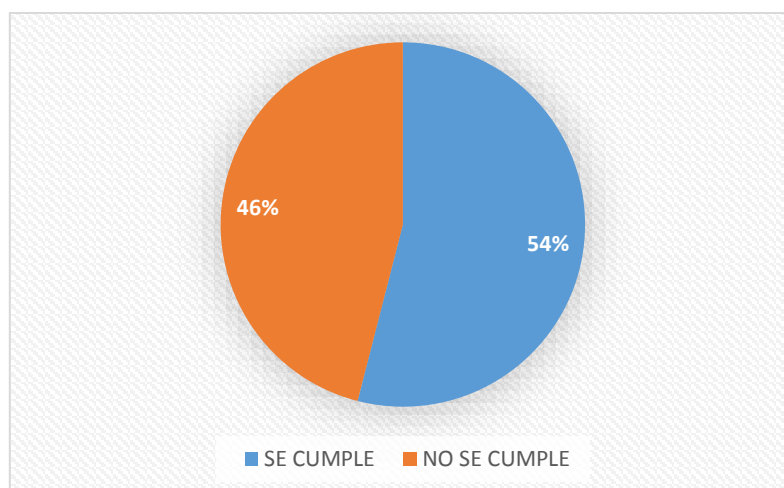
la medicación anestésica.'



Fuente: Elaboración propia

El 42% de los profesionales de salud cumplen con la comprobación de los aparatos de anestésicos y la medicación anestésica. Mientras que el 58% no cumplen con esta comprobación.

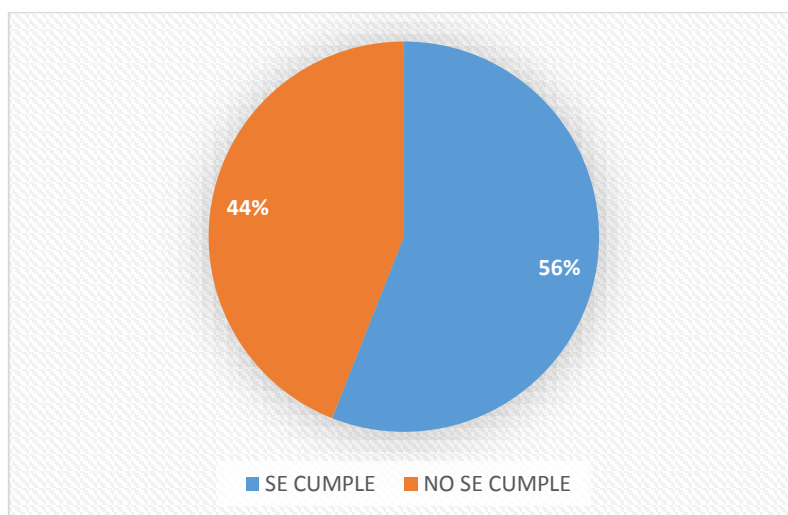
Figura 4. *Porcentaje de cumplimiento de 'colocación el pulsímetro al paciente y se verifica su funcionamiento.'*



Fuente: Elaboración propia

El 54% cumple con la colocación correcta del pulsímetro y la verificación del funcionamiento de este. El 46% no se verifica de la forma correcta o se confían de su funcionamiento.

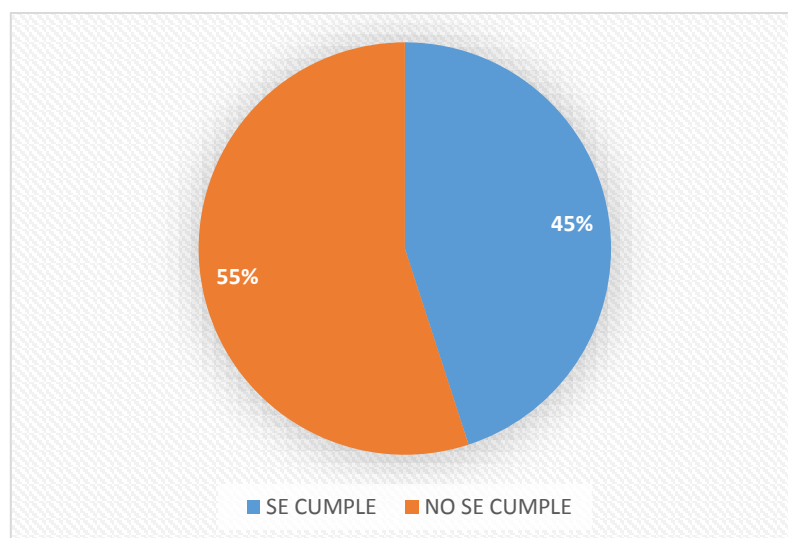
Figura 5. *Porcentaje de cumplimiento de 'confirmación si el paciente tiene alergias conocidas.'*



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la confirmación de alergias conocidas por parte del paciente, solo el 56% del personal médico se asegura de esta información importante

Figura 6. *Porcentaje de cumplimiento de 'confirmación si el paciente tiene vía aérea difícil/riesgo de respiración.'*

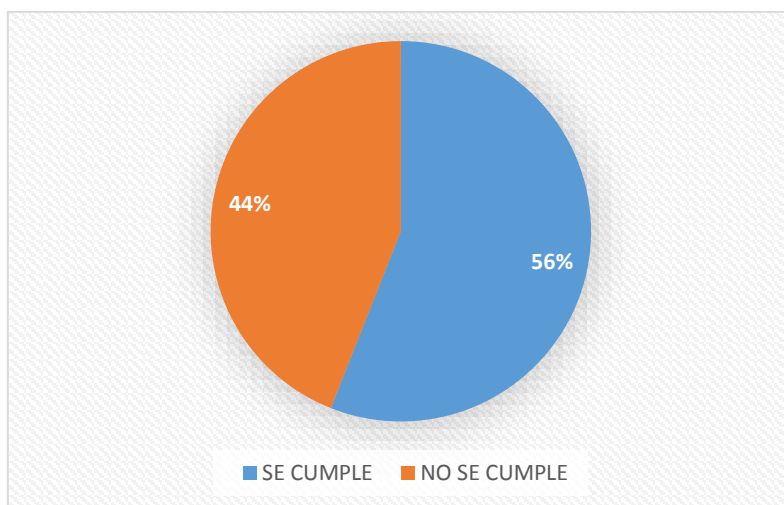


Fuente: Elaboración propia

El 45% verifican que el paciente no vaya a tener dificultades respiratorias, o en su consecuente riesgos de aspiración, mientras que el 55% no verifican esta información

dada por el usuario o paciente.

Figura 7. *Porcentaje de cumplimiento de 'confirmación si el paciente tiene riesgo de hemorragia.'*

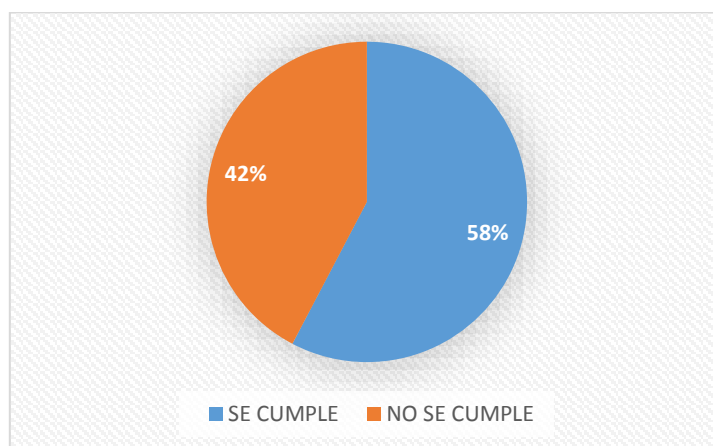


Fuente: Elaboración propia.

El 56% confirma si el paciente tiene riesgo de hemorragia en caso de que suceda algún evento adverso.

En cuanto a la segunda etapa llamada 'antes de la incisión cutánea' los resultados fueron estos:

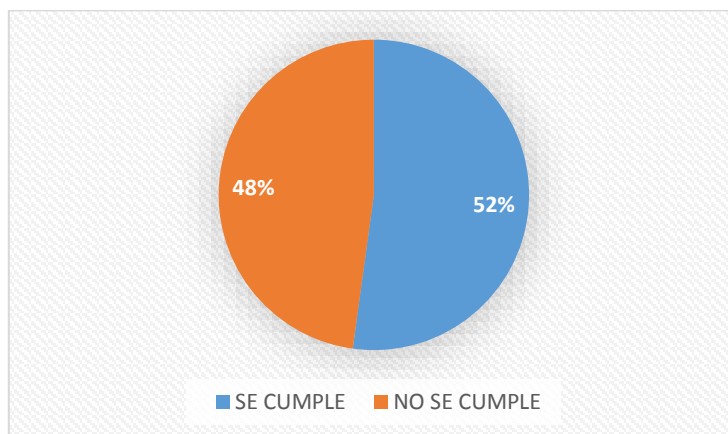
Figura 1. *Porcentaje de cumplimiento de 'Confirmación que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función.'*



Fuente: Elaboración propia

El 52% del equipo quirúrgico confirma que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función. Y el 48% no lo hace de forma correcta.

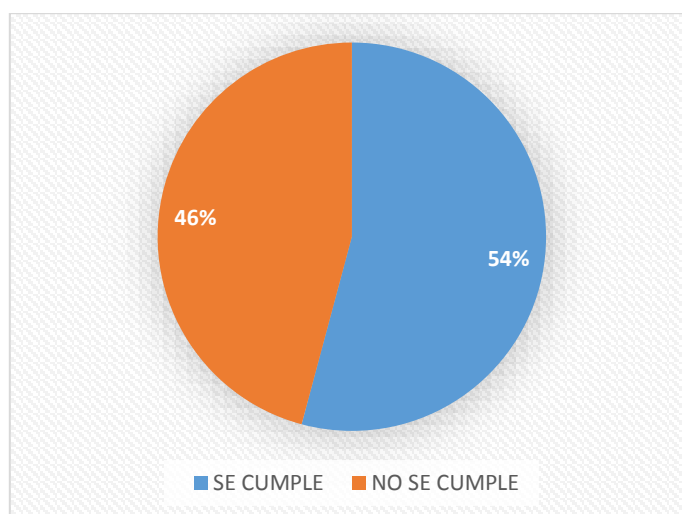
Figura 2. *Porcentaje de cumplimiento de 'Confirmación la identidad del paciente, sitio quirúrgico y el procedimiento.'*



Fuente: Elaboración propia

Al momento de confirmar la identidad del paciente, sitio quirúrgico y el procedimiento solo el 52% cumplen con este requerimiento.

Figura 3. *Porcentaje de cumplimiento de 'verificación si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos.'*

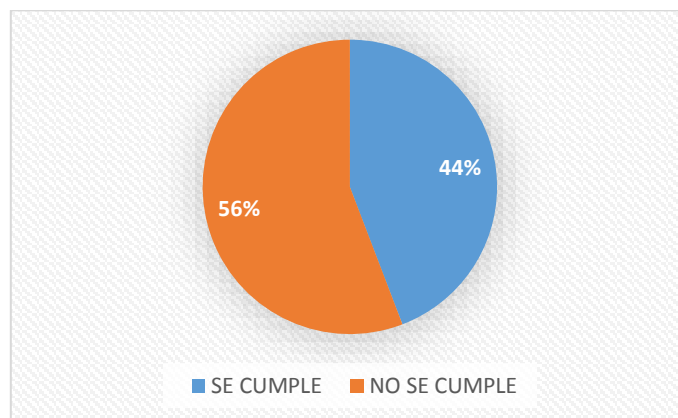


Fuente: Elaboración propia

Antes de la incisión cutánea se debe verificar si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos, del 100% solo el 54% cumplen con esta verificación.

En cuanto a la segunda etapa llamada ‘prevención de eventos críticos’ los resultados fueron estos:

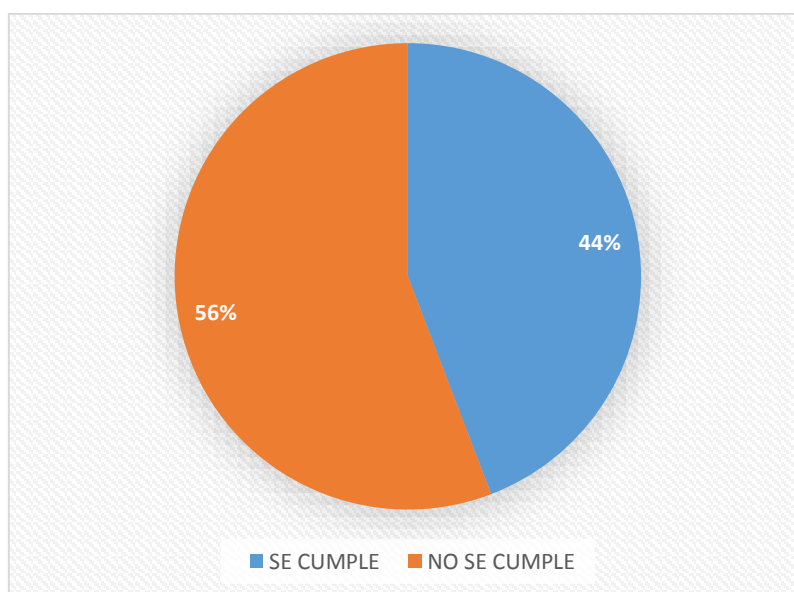
Figura 4. *Porcentaje de cumplimiento de ‘verificación con el cirujano los pasos críticos, duración de la operación y cuál es la pérdida de sangre prevista.’*



Fuente: Elaboracion propia

El 56% no cumplen con la verificación conjunto con el cirujano los pasos críticos, duración de la operación y cuál es la pérdida de sangre prevista del paciente, solo el 44% cumplen con este requerimiento.

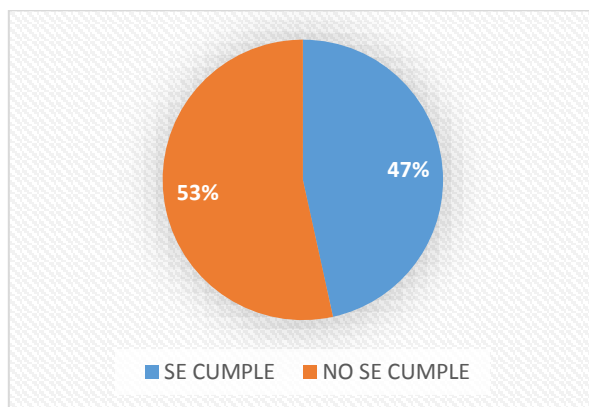
Figura 5. *Porcentaje de cumplimiento de ‘verificacion con el anestesista si el paiente tiene algun problema especifico.’*



Fuente: Elaboracion propia

Como prevención de eventos críticos está la verificación con el anestesista si el paciente tiene algún problema específico, sólo el 44% cumple con esta verificación médica.

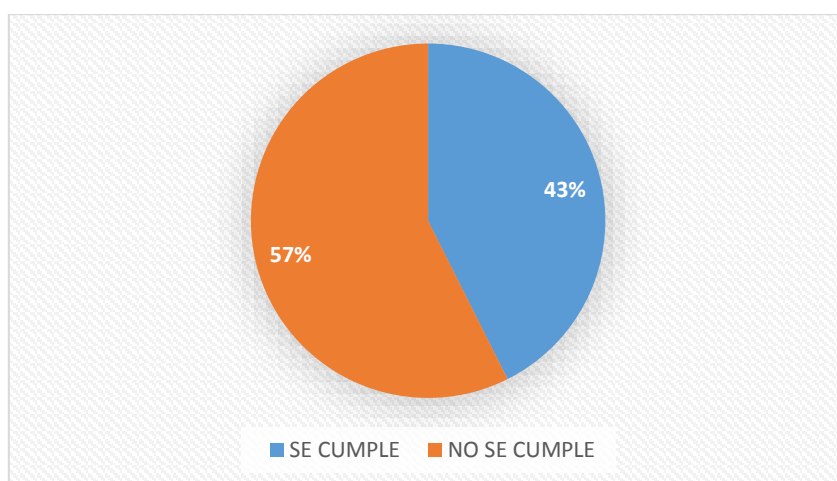
Figura 6. *Porcentaje de cumplimiento de 'Verificación si la enfermera confirma la esterilidad y si hay duda o problemas con el instrumental y los equipos.'*



Fuente: Elaboración propia

El 47% del personal médico verifica si la enfermera confirma la esterilidad y si existen dudas o problemas con el instrumental y los equipos.

Figura 7. *Porcentaje de cumplimiento de 'Verificación si se puede visualizar las imágenes diagnósticas esenciales.'*

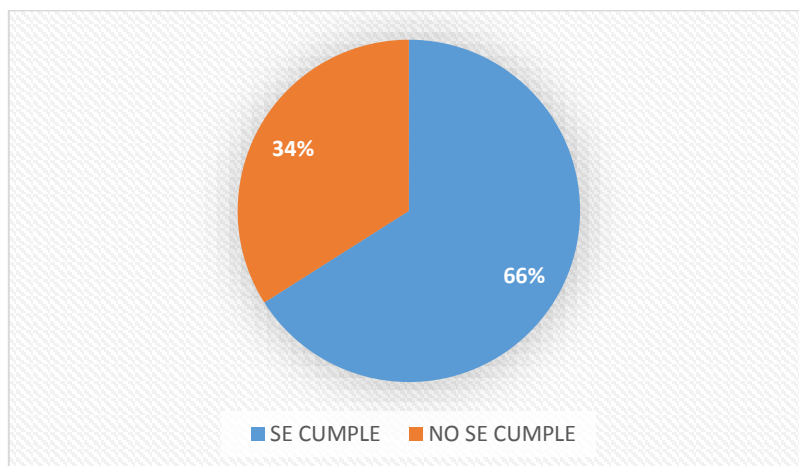


Fuente: Elaboración propia

El 43% del personal médico verifica si se pueden observar las imágenes diagnósticas esenciales para la operación, mientras que el 57% no cumple con este requerimiento.

En cuanto a la segunda etapa llamada ‘antes de que el paciente salga del quirófano’ los resultados fueron estos:

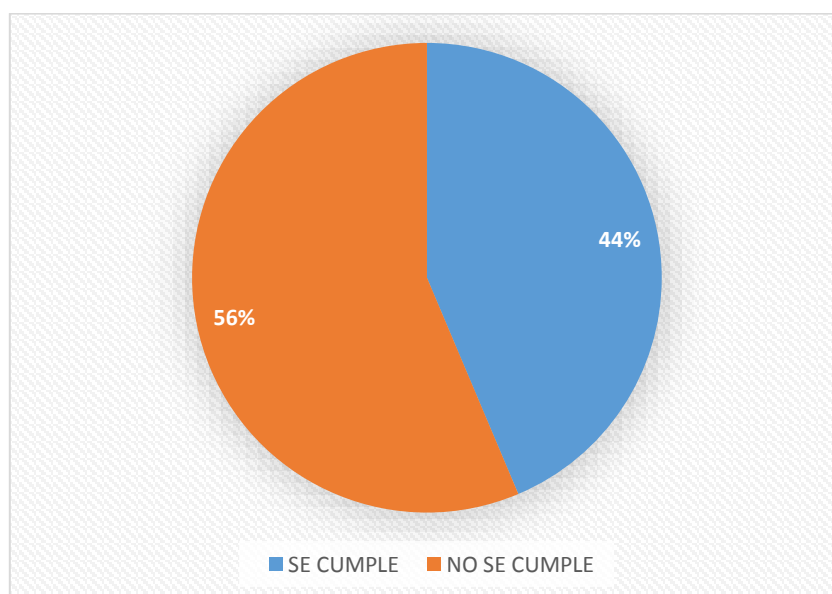
Figura 1. *Porcentaje de cumplimiento de ‘confirmación verbalmente el nombre del procedimiento.’*



Fuente: Elaboración propia

El 66% cumple con la confirmación verbal del nombre del procedimiento.

Figura 2. *Porcentaje de cumplimiento de ‘reafirmación del recuento de instrumentos, gasas y agujas.’*

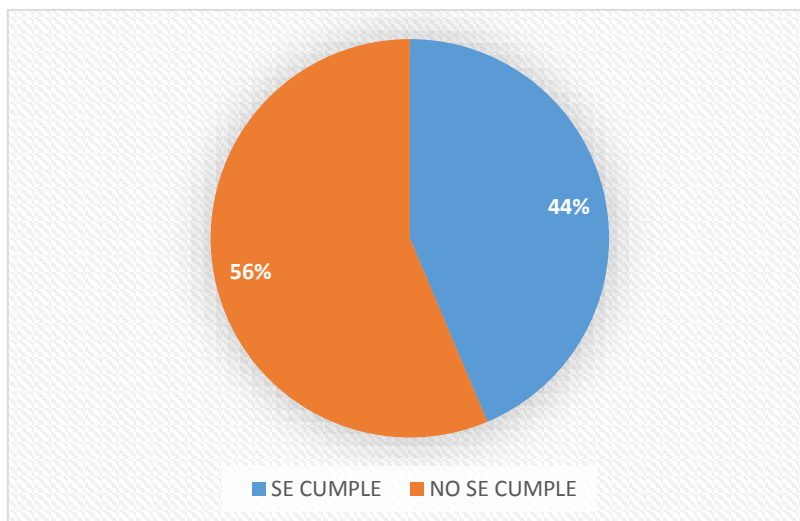


Fuente: Elaboración propia

En el 44% de las cirugías se cumple el procedimiento de recuento de instrumentos,

gasas y agujas, en el 56% no se cumple de forma correcta.

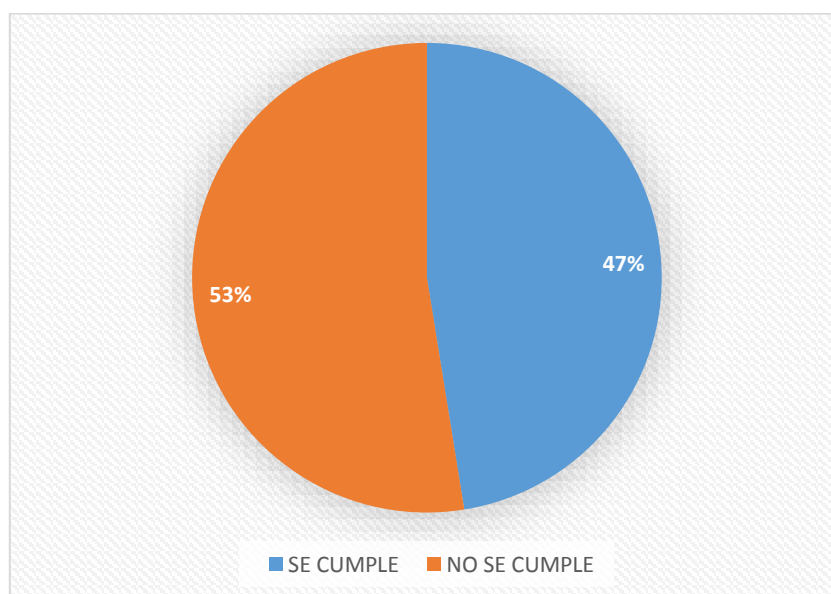
Figura 3. *Porcentaje de cumplimiento de 'confirmación del etiquetado de las muestras (lectura en voz alta de la etiqueta).'*



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la confirmación de etiquetado de las muestras (lectura en voz alta de la etiqueta) el 44% del personal médico cumple con este requerimiento.

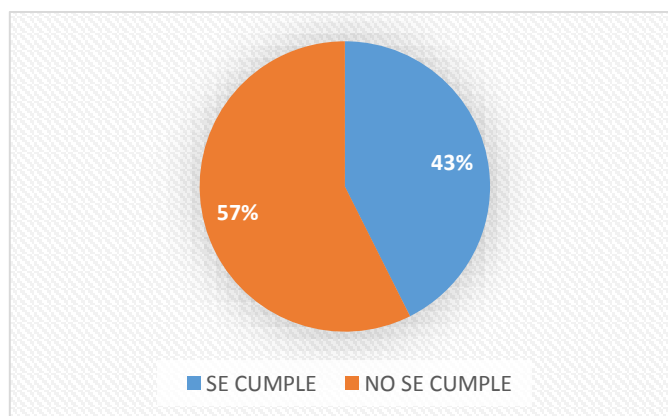
Figura 4. *Porcentaje de cumplimiento de 'corroboración de si hay problemas relacionados con los equipos habituales en los quirófanos.'*



Fuente: Elaboración propia

Antes de que el paciente salga del quirófano, es importante corroborar si existen problemas relacionados con los equipos habituales en los quirófanos, donde solo el 47% cumple con esta verificación.

Figura 5. *Porcentaje de cumplimiento 'revisión de los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente por el cirujano, el anestesista y la enferma.'*

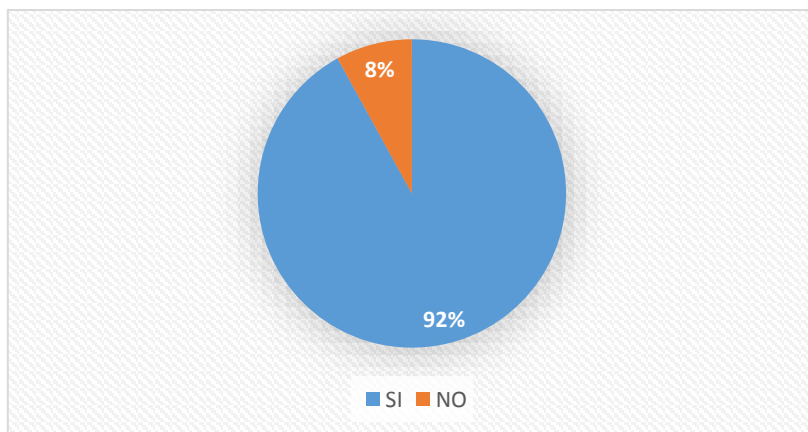


Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la revisión de los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente por el cirujano, el anestesista y la enfermera, el 43% cumple este requerimiento.

A continuación, se detallarán los resultados de cada pregunta de la segunda encuesta llamada 'grado de conocimiento respecto a los protocolos empleados para una cirugía segura'.

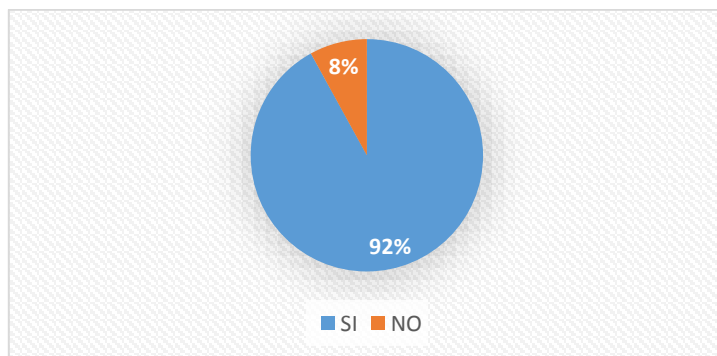
Figura 1. *Porcentaje de cumplimiento de ¿conoce cuáles son las normas de bioseguridad?*



Fuente: Elaboración propia

El 92% de profesionales de salud conoce cuales son las normas de bioseguridad, esto es igual a 46 personas de 50.

Figura 2. *Porcentaje de cumplimiento de ¿cree usted que hay una adecuada información de las normas de bioseguridad por parte del comité de infecciones?*



Fuente: Elaboración propia

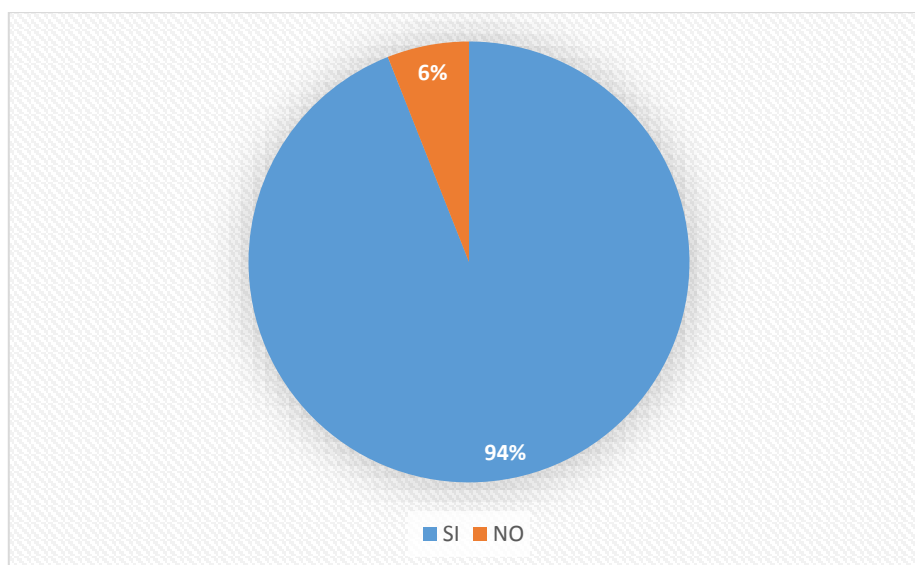
El 92% de los profesionales de salud considera que hay una adecuada información de las normas de bioseguridad por parte del comité de infecciones. Mientras de 4 de 50 personas encuestadas, dijeron lo contrario.

Pregunta 3. *Porcentaje de cumplimiento de ¿usted se ha capacitado por autogestión sobre las normas de bioseguridad?*

Todo el personal encuetado considera que están capacitados por autogestión sobre las Normas de Bioseguridad.

Figura 4. *Porcentaje de cumplimiento de ¿existe alguna persona responsable de un*

permanente control y seguimiento de la adecuada clasificación de los derechos hospitalarios?

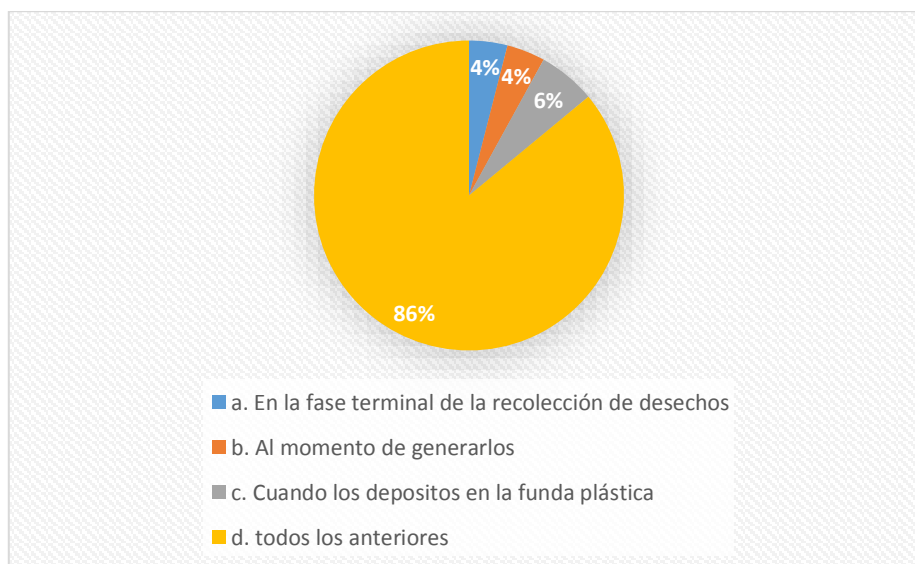


Fuente: Elaboración propia

El 94% dice que existe una persona responsable de un permanente control y seguimiento de la adecuada calificación de los desechos hospitalarios.

Figura 5. *Porcentaje de cumplimiento de ¿Dónde se origina la separación de desechos?*

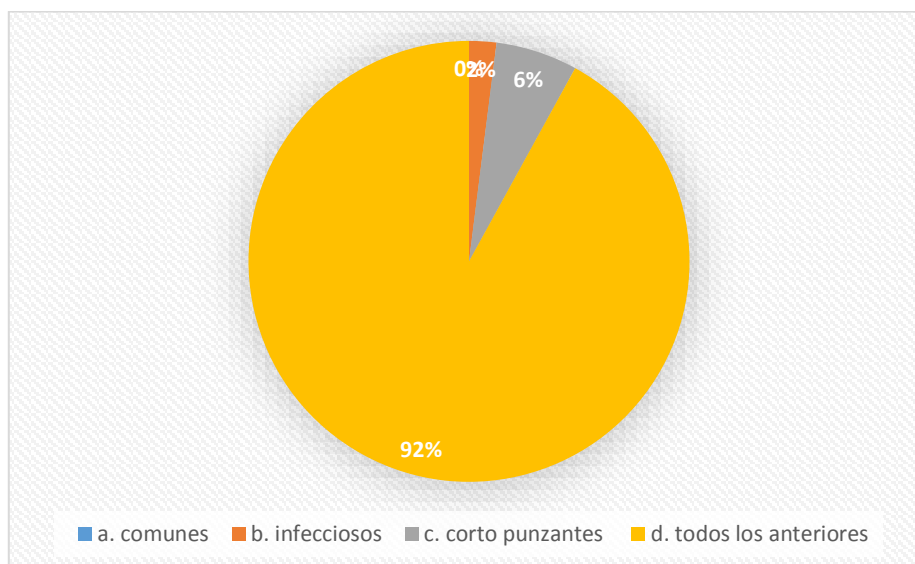
En cuanto a la pregunta de ¿Dónde se origina la separación de los desechos?



Fuente: Elaboración propia

Estos fueron los resultados: (a) en la fase terminal de la recolección de desechos, $2/50 = 4\%$; (b) al momento de generarlos, $2/50 = 4\%$; (c) cuando los depositas en la funda plástica, $3/50 = 6\%$; (d) todos los anteriores, $43/50 = 86\%$.

Figura 6. *Porcentaje de cumplimiento de ¿Qué tipo de desechos maneja en el área de quirófano de Traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo?*

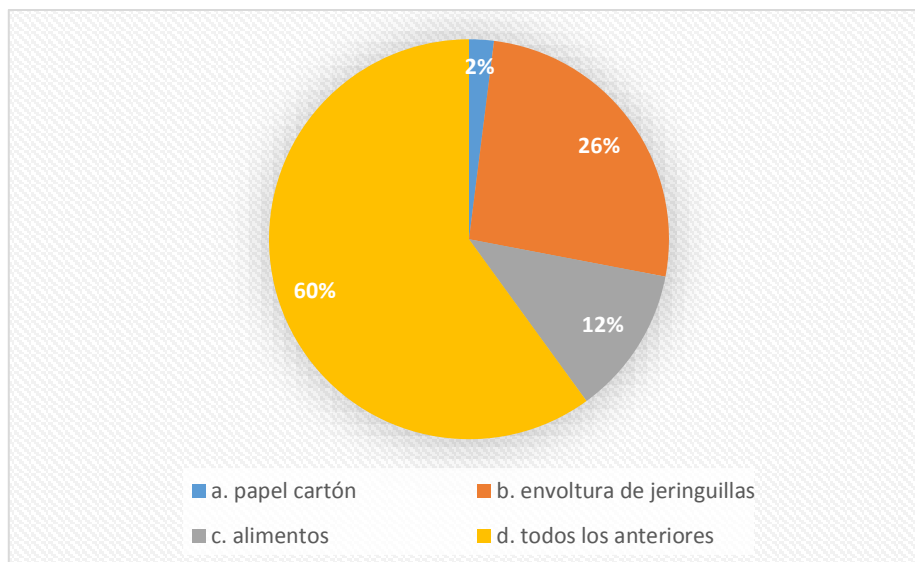


Fuente: Elaboración propia

¿Qué tipo de desechos maneja en área de quirófano de Traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo?, (a) 0 personas piensan que son comunes, (b) 1/50 infecciones = 2%, (c) 3/50 corto punzantes = 6% y (d) todas las anteriores, con un total de 46 personas de 50 que es igual al 92%

Figura 7. *Porcentaje de cumplimiento de ¿Qué son los desechos comunes para usted?*

¿Qué son los desechos comunes para usted



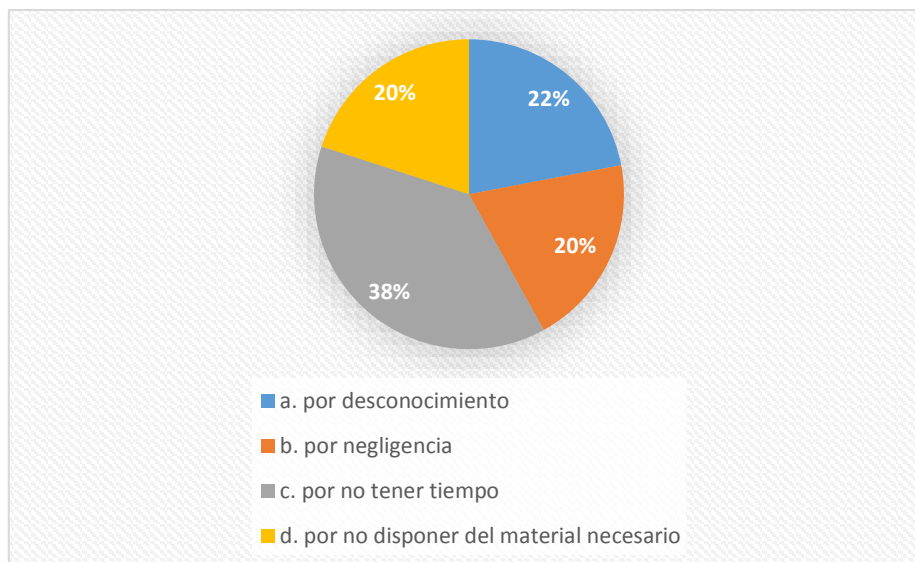
Fuente: Elaboración propia

Los resultados que arrojaron la encuesta fueron: (a) papel, cartón, $1/50 = 2\%$; (b) envoltura de jeringuilla, $13/50 = 26\%$; (c) alimentos, $6/50 = 12\%$ y (d) todos los anteriores, $30/50 = 60\%$.

Pregunta 8. *Porcentaje de cumplimiento de ¿usted realiza adecuadamente la separación de los desechos?*

Todo el personal médico indica que realiza adecuadamente la separación de los desechos.

Figura 9. *Porcentaje de cumplimiento de ¿Por qué puede no realizarse adecuadamente la separación de los desechos?*



Fuente: Elaboración propia

El 22%, 11 personas indican que la razón por la cual no se realiza adecuadamente la separación de desechos es por desconocimiento, el 20%, 10 personas dicen que es por negligencia, el 38%, 19 personas, por no tener tiempo y el 20%, 10 personas dicen que es por no disponer del material necesario.

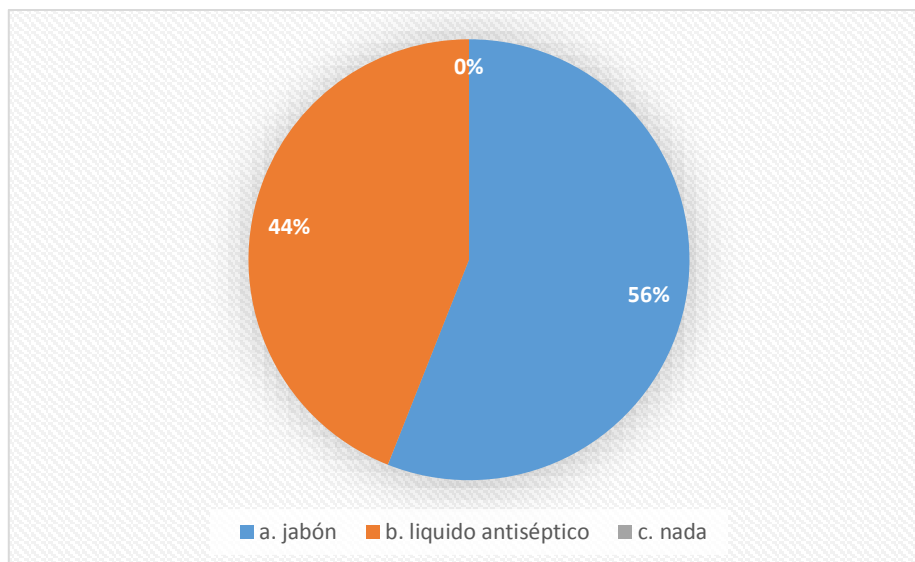
Pregunta 10. *Porcentaje de cumplimiento de ¿el material corta punzante se debe eliminar en?*

El 100% de los encuestados indican que el material corta punzante se debe eliminar en cartón.

Pregunta 11. *Porcentaje de cumplimiento de ¿el lavado de manos se debe realizar?*

Todos los encuestados están de acuerdo que el lavado se manos se debe realizar antes y después del manejo de cada paciente, después de tener contando con los desechos y después de ir al baño.

Figura 12. *Porcentaje de cumplimiento de ¿para el lavado de manos usted utiliza?*



Fuente: Elaboración propia

28 personas (56%) indica que para el lavado de manos utilizan jabón, y las otras 22 personas (44%) dicen que con líquido antiséptico.

Pregunta 13. *Porcentaje de cumplimiento de ¿el tiempo que se demora en el lavado de manos es 15 segundos?*

Todos los profesionales de la salud encuestados dicen que se demoran 15 segundos en el lavado de manos.

Pregunta 14. *Porcentaje de cumplimiento de ¿antes del lavado de manos se retira la bisutería?*

El 100% indica que antes del lavado de manos se retira la bisutería.

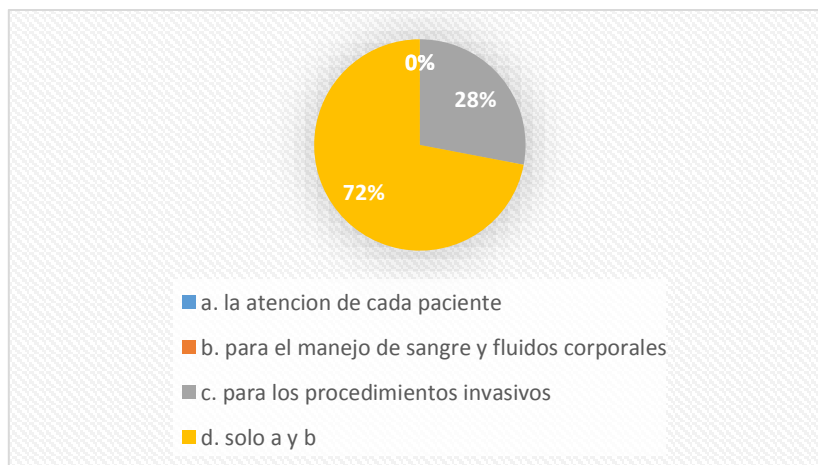
Pregunta 15. *Porcentaje de cumplimiento de ¿para secarse las manos usted utiliza?*

Todo el personal médico utiliza toallas desechables para secarse las manos.

Pregunta 16. *Porcentaje de cumplimiento de ¿Qué tipo de guantes utiliza en su labor diaria?*

Todos los médicos encuestados indican que utilizan guantes multiuso para su labor diaria.

Figura 17. *Porcentaje de cumplimiento de ¿los guantes de manejo se utilizan para?*



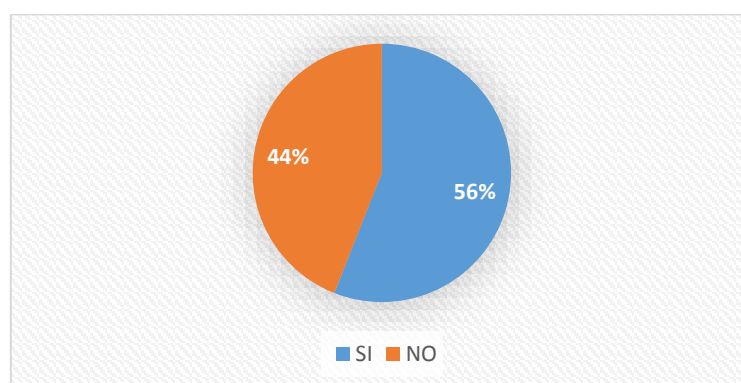
Fuente: Elaboración propia

El 28% (14 médicos) utiliza los guantes para procedimientos invasivos y el 72% (36 médicos) los utilizan solo para la atención de cada paciente y para el manejo de sangre y fluidos corporales.

Pregunta 18. *Porcentaje de cumplimiento de ¿se debe utilizar mascarilla para?*

Todo el personal médico encuestado está de acuerdo en indicar que la mascarilla se debe utilizar para preparación de medicación especial, para proteger al paciente de alguna infección respiratoria que está sufriendo el médico y para la manipulación de frascos con secreción, fluidos y sangre.

Pregunta 19. *Porcentaje de cumplimiento de ¿en su labor diaria usted debe utilizar bata?*



Fuente: Elaboración propia.

El 56% de personas encuestadas indican que utilizan bata para su labor diaria, mientras

que el 44% dice lo contrario

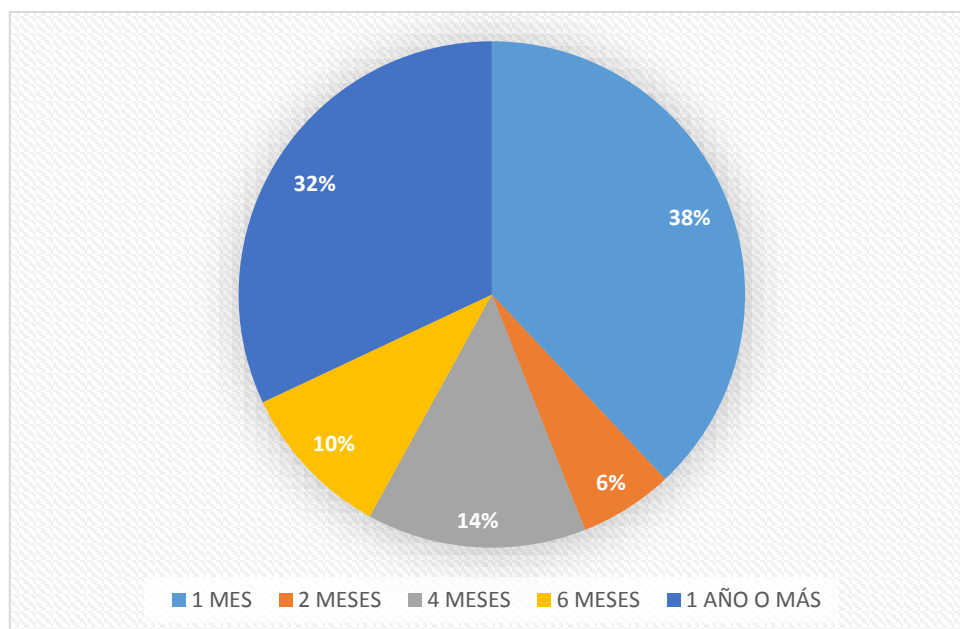
Pregunta 20. *Porcentaje de cumplimiento de ¿se debe utilizar bata no estéril para?*

Todos los médicos encuestados indican que se debe utilizar bata no estéril para algún procedimiento invasivo

Pregunta 21. *Porcentaje de cumplimiento de ¿usted ha recibido la dosis necesaria de Inmunización para laboral en el servicio?*

Todos los médicos de esta encuesta han recibido la dosis de inmunización para laboral en el servicio

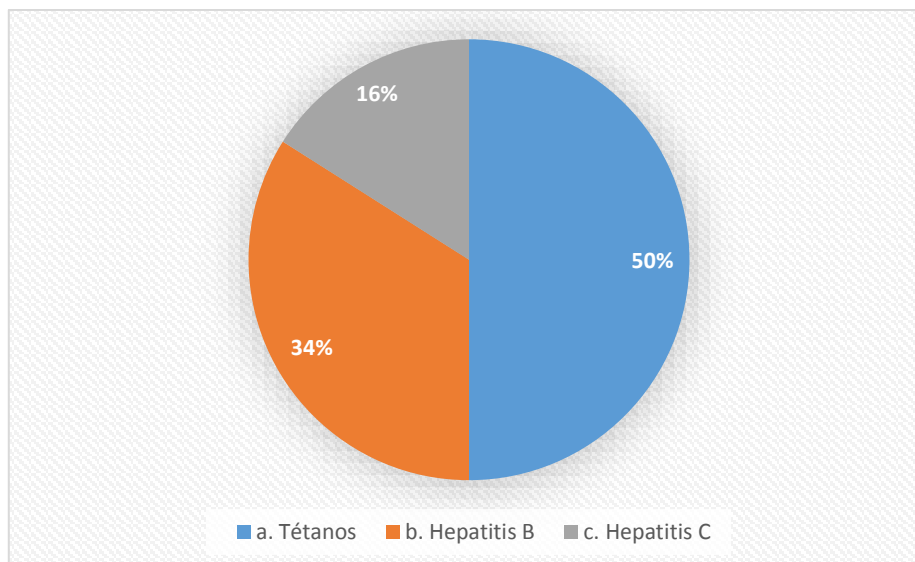
Figura 22. *Porcentaje de cumplimiento de ¿hace que tiempo recibió la última dosis de hepatitis?*



Fuente: Elaboración propia

El 38% (19 médicos) recibió la última dosis de hepatitis hace 1 mes, el 6% (3 médicos) hace 2 meses, 14% (7 médicos) hace 4 meses, 10% (5 médicos) hace 6 meses y 32% (16 médicos) hace 1 año o más.

Figura 23. *Porcentaje de cumplimiento de ¿Qué vacunas le han administrado a usted?*



Fuente: Elaboración propia

El 50% (25 médicos) se han vacunado con Hepatitis C, el 34% (17 médicos) con Hepatitis B y el 16% (8 médicos) con tétano.

Pregunta 24. *Porcentaje de cumplimiento de ¿en las labores diarias usted ha sufrido algún tipo de accidente?*

Según la encuesta ninguno de los médicos encuestados ha sufrido algún tipo de accidente en sus labores diarias.

Pregunta 25. *Porcentaje de cumplimiento de ¿ha tenido problemas al pinchar a alguien?*

Ninguno de los médicos encuestados ha tenido problemas al pinchar según lo que indican en las encuestas.

Pregunta 26. *Porcentaje de cumplimiento de ¿en caso de sufrir un accidente con un objeto corta punzante usted se lava la herida con solución antiséptica?*

Todos los encuestados indican que en caso de sufrir un accidente con un objeto corta punzante se lavarían la herida con solución antiséptica.

Pregunta 31. *Porcentaje de cumplimiento de ¿en caso de haber sufrido algún tipo de*

accidentes laborales usted comunica de inmediato al comité de infecciones?

El 100% de médicos indican que en caso de haber sufrido algún tipo de accidente laboral se lo comunicarían inmediatamente al comité de infecciones.

Pregunta 32. Porcentaje de cumplimiento de ¿los implementos que usted debe tener en su labor diaria es?

Todos los médicos encuestados están de acuerdo al indicar que los implementos que deben tener en su labor diaria son guantes, mascarilla y bata.

Análisis y comentario de los resultados de la encuesta:

Dado los resultados de la encuesta, podemos darnos cuenta que en la mayoría de preguntas de la primera encuesta hay un gran porcentaje de incumplimientos que no se están siguiendo de la manera correcta, se debe profundizar en las razones por las cual el personal médico no está siguiendo los protocolos de una cirugía segura en el área de Traumatología en el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, ya que debido a esto se pone en riesgo la seguridad y vida del paciente al momento de realizarse algún procedimiento quirúrgico.

En la según encuesta existen médicos o enfermeros que no cumple con los que se consideran los procedimientos primordiales como el cumplimiento de verificación de datos, o de normas de bioseguridad.

Discusión

Según los resultados de la investigación se encontraron dos variables: conocimiento respecto a una cirugía segura y cumplimiento de los parámetros del listado de cirugía segura, lo cual tiene un cargo importante para que se den cirugías seguras en el área de Traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, como factores importantes para que exista una disminución en las complicaciones o muertes de pacientes, el conocimiento de normas de bioseguridad y que se esa manera se pueda garantizar el

cumplimiento de las mismas. Las constantes capacitaciones por parte de los profesionales es una parte importante para evitar eventos adversos, que sepan cómo actuar y cómo manejar la situación dependiendo de los problemas que se presenten, el uso adecuado de la tecnología para que sea de ayuda y no lo contrario, la administración y organización tanto de la parte administrativa como de los profesionales tienen un rol importante para asegurar la calidad de atención al paciente mediante el aprovechamiento de los recursos en el área de Traumatología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

CAPITULO IV

Propuesta

Tema de propuesta

Implementación de lista de requerimientos antes y después de la cirugía segura en el área de quirófano de Traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.

Revisada y controlada por una persona específica y capacitada para verificar el cumplimiento de la misma (evaluador).

Objetivos de propuesta:

- Controlar de manera efectiva el cumplimiento de protocolos para una cirugía segura en el área de quirófano de Traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.
- Reforzar las prácticas seguras de los procedimientos quirúrgicos en el área de quirófano de Traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, mediante la elaboración de la lista de verificación de protocolos de cirugía segura.

- Evitar malas prácticas médicas por parte del personal médico del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, capacitándolos de forma constante mediante charlas o manuales informativos.

Desarrollo de la propuesta

La Ley Orgánica del Servicio Público Art. 6 responsabiliza al Ministerio de Salud de brindar una atención integral, segura y de calidad a las personas dependiendo de las necesidades que requiera. (López & et al, 2015). Debido a esto se elaboró una propuesta que garantice la seguridad en las cirugías en el área de quirófano de Traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.

Realizar una lista de requerimientos que certifiquen que los procedimientos quirúrgicos se cumplan de manera segura, que será evaluada y supervisada mediante un trabajador externo que este certificado y capacitado para la labor, que evalúe el seguimiento del programa y que revise de manera detallada que cada parte de la lista de requerimientos haya sido llenada de la forma correcta, en esta se encontraran espacios para rellenar con información antes revisada, como los datos de los pacientes, médicos y personal a intervenir, o resultados de diversos exámenes de todo tipo que aseguren que el paciente pueda realizarse dicho procedimiento quirúrgico con el menor riesgo posible.

Además de llevar a cabo un seguimiento al paciente para que no haya errores como en el tratamiento farmacológico, o en la prevención que se debe tener luego de realizarse una intervención quirúrgica.

Se tendrá que implementar un seguimiento por parte de la persona capacitada y

autorizada de verificar el cumplimiento de la lista de verificación.

- Vigilancia del cumplimiento de la lista de verificación durante la estancia en el quirófano, el evaluador se encarga de resolver dudas, como datos y procedimientos, busca la forma de detectar áreas de mejora, en cuestiones de médicos que no cumplan con los requerimientos o situaciones específicas que puedan poner en riesgo la seguridad y salud del paciente. de esta forma el evaluador se asegurará del cumplimiento de la lista de verificación durante la cirugía.
- Recolección de los datos ingresados en la lista de verificación, de forma ordenada y según la disposición de cada institución de salud, aunque se recomienda que la recogida del registro sea de forma diaria, y verificando por el evaluador que se cumpla que por cada intervención se esté utilizando una lista de verificación.
- Luego de la recolección de las listas de verificación, otro paso importante a seguir es la revisión detallada y valoración del cumplimiento de la misma, esto se hará por parte del evaluador, verificará la información establecida en las listas de verificación como los datos del paciente, del personal médico, del tipo de intervención, y si existió algún evento adverso y sus causantes, entre otros datos que están incluidos, luego de revisada esa información se debe calificar por escrito cada procedimiento realizado como paso previo a la mecanización de los datos.

- Revisión a los servicios brindados para poder conocer si se dio algún evento crítico o algún incumplimiento en el protocolo de cirugía segura, esto se los deberá entregar a los jefes de cada actividad sean estos supervisores, de servicio quirúrgico, de anestesia, de quirófano, para que presenten las causas de la deficiencia en su cumplimiento de los protocolos de cirugía segura en relación a la lista de verificación, cuando ocurra una situación más grave, se debe realizar su respectivo análisis para poder descubrir la raíz de la problemática o del causante de esta situación, en esto es necesario que participen los miembros del equipo coordinador del centro y el coordinador hospitalario del programa, el objetivo de esto es poder evitar problemática en futuras intervenciones con el fin de garantizar una cirugía segura en los pacientes atendidos en el área de Traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.
- Listado ingresado de los problemas ocurridos y problemas evitados, para este punto se utilizan etiquetas médicas para el mejor funcionamiento de la lista de verificación.
- Para mayor orden se utilizará la Hoja de Cálculo Excel por dos motivos, es accesible y de fácil manejo, aparte que permitirá tener los datos organizados a través de esta plataforma.
- Después de tener mecanizado los datos, se procede a analizar estadísticamente los resultados, los cuales deben enfocarse en primer lugar al cumplimiento del programa de protocolos de una cirugía segura en el área de Traumatología del Hospital Dr., Teodoro Maldonado Carbo. Estos análisis de informes es necesario hacerlos al menos una vez al mes para que se pueda observar la mejora continua que vaya teniendo la institución, estos deben ser ordenados por servicio,

quirófano y área de intervención.

- Se tienen que presentar los resultados de los análisis de la lista de verificación por lo general al coordinador del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, para poder difundir los resultados de los análisis se recomienda que sea en sesiones clínicas, reuniones, espacios privados entre los miembros de Dirección del Hospital y los jefes respectivos anteriormente mencionados.
- El envío de esta información recolectada arrojada de la lista de verificación debe ser puntual, veraz y de calidad de lo que se deberá encargar el evaluador que esté a cargo de esto.

Esta lista de verificación no solo evaluará el cumplimiento del protocolo de cirugías seguras en el área de Traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, sino que también evaluará los siguientes aspectos:

- Evaluación correcta del paciente antes de la operación.
 1. Preparación revisada por el especialista
 2. Equipo médico preparado
 3. Certificaciones de los médicos cirujanos
 4. Exámenes necesarios para evitar eventos inesperados durante la cirugía, o riesgos quirúrgicos.
- Evaluación de la formación
Garantizar que la cirugía que se realizará será hecha por profesionales capacitados para poder atender alguna problemática urgente durante la cirugía

que se esté realizando

Implementación de la lista de verificación segura

La OMS (2009) publicó un manual de aplicación en apoyo de la lista de verificación. En él se detalla cómo debe llevarse a cabo cada paso. El manual destaca la importancia del liderazgo y la aceptación institucional y la aceptación institucional, y subraya que un departamento debe practicar el uso de la lista antes de introducirla y debe modificarla para que pueda establecerse dentro del flujo de trabajo operativo normal.

Una sola persona debe ser responsable de comprobar las casillas de la lista y puede ser cualquier profesional sanitario del equipo operativo, a menudo la enfermera circulante. Ese coordinador designado debe evitar que el equipo avance antes de que se haya abordado cada paso. Al principio, esto podría provocar tensiones y resistencia en el equipo, pero sólo si se siguen sistemáticamente los pasos de seguridad se minimizarán los riesgos más comunes y evitables.

Aunque se anima a las instalaciones a modificar la lista de comprobación según sea necesario se les desaconseja eliminar los pasos de seguridad simplemente porque no se puedan cumplir. También se advierte a las instalaciones que no añadan de añadir demasiados pasos adicionales y crear una lista de comprobación compleja e inmanejable. Lista de comprobación (Woodman, 2018).

Característica de la lista de verificación

(ENRÍQUEZ, 2019) Entre las principales características tenemos:

- Sencillez

Una lista integra de las directrices a seguir que sea fácil de entender ayudaría mucho para evitar la confusión y por lo tanto facilitaría el uso del manejo de este tipo de documentos

- Amplitud de aplicación.

La amplitud de información que tiene este documento ayuda al entendimiento y abarcar la mayor cantidad de información posible para que se ese modo se pueda incluir datos de todos las situaciones o entornos en los que viven los pacientes, con el objetivo de buscar de forma eficaz soluciones adecuadas.

- Mensurabilidad

Es una de sus principales características porque nos permiten medir la cantidad de impacto que haya, estos datos deben ser contables y calificables para que sean revisados y certificados por el personal médico.

Ventajas de utilizar lista de verificación

- Calidad en la atención de salud.

Una herramienta que ayuda a mejorar la calidad de atención a los pacientes, es la implementación de la cirugía segura, porque la calidad de atención a los usuarios tiene relación directa con el nivel de satisfacción de los usuarios en cuanto a las necesidades y exigencias que ellos requieran, por lo tanto, garantizar una cirugía segura ayuda a que las personas sientan en gran magnitud la calidad que les están brindando y de esa manera se mejora el rendimiento de la institución medida. (ENRÍQUEZ, 2019)

- Seguridad del paciente.

La iniciativa de la Organización Mundial de la Salud de crear la Alianza Mundial para la seguridad del paciente, creó que la seguridad del usuario sea un

derecho donde encierra actuaciones o situaciones para eliminar o reducir al máximo los eventos adversos como consecuencia de la asistencia médica mal actuada o de la mala organización de la institución médica. (ENRÍQUEZ, 2019)

Fases de verificación de la lista de verificación

Según los autores Veloz & González (2020) existen tres fases:

1. Fase de Entrada

Esta fase se da antes de inducir al paciente a anestesia, se verifica verbalmente algunos datos que el paciente tiene que brindarle al personal médico, a continuación, están alguno de los controles de entrada que deben asegurarse:

- Consentimiento del paciente de la cirugía
- Confirmación de la identidad del paciente, lugar de operación y tipo de operación a seguir
- El representante legal deberá confirmar la información anterior mencionada en caso de que el paciente sea niño, o una persona incapacitada de dar la información solicitada
- Confirmar el sitio quirúrgico donde se intervendrá
- Revisión completa de anestesia
- Examen del equipo para la vía aérea
- Revisar oxígeno y guantes inhalatorios
- Revisar aspiración
- Revisar dispositivos médicos
- Confirmar accesibilidad y funcionamiento de la medicación y equipamiento en caso de emergencia
- Revisar Pulsioxímetro

- Confirmar mediante historia clínica si el paciente tiene alergias
- Confirmar mediante historia clínica si el paciente tiene dificultad para respirar

2. Pausa quirúrgica

Esta pausa es necesaria porque cada miembro del equipo se mostrará por su nombre y función a realizar en la cirugía, si los profesionales médicos ya se conocen por operaciones realizadas con anterioridad solo es necesario que confirmen que todos los presentes en sala quirúrgica se conocen. El equipo quirúrgico se detendrá en el momento que haya que hacer la incisión cutánea para confirmar y verificar que se esté haciendo la operación correcta en el paciente y en el sitio correcto, de esa manera los demás miembros presentes del equipo quirúrgico revisaran los puntos importantes para su intervención, en este proceso se utilizan las listas de verificación como guía segura. A continuación, mencionamos las actividades a realizarse durante este tiempo de pausa quirúrgica:

- Identificación del personal por su nombre y función a realizar.
- Se confirma por medio del cirujano, enfermera y anestesiólogo el paciente y cirugía que se va a realizar.
- Se confirma que todos los miembros del equipo quirúrgico hayan cumplido con el protocolo de asepsia quirúrgica
- Se verifica que se haya aplicado Profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos para evitar el riesgo de infecciones en el paciente.
- Prevención de eventos adversos y modo a seguir en caso de que sucedan.
- Observación de imágenes importantes

Luego de confirmar todos esos puntos se puede comenzar a operar.

3. Fase de Salida

Los miembros del equipo quirúrgico revisan en conjunto la operación que se llevó a cabo, se procede a realizar un recuento de gasas e instrumentos utilizados, junto con la muestra biológica que se obtuvo. Como último procedimiento antes de que el paciente salga de la sala de quirófano. Repasan el tratamiento posoperatorio y la recuperación del mismo. A continuación, se mencionan algunos puntos que el cirujano debe revisar con el equipo quirúrgico:

- La realización del procedimiento (si fue como esperaban o hubo alguna modificación, o cambio por eventos adversos durante la intervención)
- Riesgos que pudieron suceder, con el fin de mejorar la destreza de los profesionales presentes en la cirugía
- Se revisa el plan posoperatorio

A continuación, se mencionan algunos puntos que el anestesiólogo revisara en conjunto con el equipo quirúrgico:

- Eventos que pudieron surgir durante la operación como:
 - Hipotensión
 - Alteración de ritmo cardiaco
 - Punción accidental de la duramadre
 - Fluidos
 - Accesos intravenosos

A continuación, se mencionan puntos a observar que la enfermera revisa con todo el equipo quirúrgico:

- Recuento final de gasas
- Identificación de muestras biológicas obtenidas durante la intervención

(ENRÍQUEZ, 2019) Luego de esto el personal de enfermería debe confirmar lo siguiente de forma verbal:

- El recuento de los instrumentos utilizados durante la operación, incluidos gasas y agujas
- Anunciar las características fundamentales de la recuperación junto con el tratamiento que debería llevar el paciente luego de haber sido intervenido.

Recomendaciones de la propuesta

- Implementar y adaptar la Lista de verificación de cirugía segura con un uso adecuado y evaluando cada aspecto de la misma.
- Verificar la capacitación del evaluador encargado de garantizar el cumplimiento de la Lista de verificación.
- Mantener organizado los datos obtenidos dentro de la Hoja de Cálculo Excel para poder tener accesibilidad a ellos de forma rápida.
- Realizar un análisis sobre los datos con la frecuencia de al menos 1 vez al mes para poder observar la eficaz implementación de la lista de verificación para cirugía segura.

Viabilidad de propuesta

Mediante esta propuesta se implementaría medidas de atención que garantice que se estén cumpliendo los protocolos de una cirugía segura en el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo. Su viabilidad es óptima ya que no requiere de muchas herramientas

para llevar a cabo esta propuesta, más que asegurarse de tener el personal adecuado que pueda garantizar mediante la lista de requerimientos de que todo el proceso quirúrgico se esté llevando de la mejor manera.

Beneficios de la propuesta

Mediante esta propuesta podemos tener múltiples beneficios, desde prevenir incidentes relacionados con el sistema, diagnóstico o tratamiento, debido a que todos estos datos se llevarán de forma organizada por el personal autorizado. Además de evaluarse el clima de seguridad, seguimiento del programa, y de la formación académica del personal, beneficios como reforzar la calidad en los protocolos de una cirugía segura en el área de Traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo. Los pacientes y familiares por consiguiente sentirán seguridad con la institución de salud, lo que aumentará su nivel de satisfacción con respecto a este.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Se evaluó el cumplimiento del personal de enfermería en cada intervención quirúrgica con los protocolos empleados para una cirugía segura en el área de quirófano de Traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo y se propuso una estrategia de intervención con la finalidad de poder reducir los eventos adversos en las practicas quirúrgicas del establecimiento.
 - Se caracterizó al personal de enfermería que labora en el área de quirófano de Traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo. Para poder obtener un recuento de las capacitaciones necesarias para cada personal médico que interviene en las cirugías realizadas en este hospital.
5. Se identificó el conocimiento respecto a los protocolos empleados para una cirugía segura en el área de quirófano de Traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo. Para poder tener una observación más analizada sobre los puntos de fallo durante las intervenciones quirúrgicas realizadas en este establecimiento.
 6. Se verifico el cumplimiento de los protocolos empleados para una cirugía segura en el área de quirófano de Traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo mediante los cuestionarios realizados en la investigación al personal que labora en esa área en especifica.
 7. Se diseñó una estrategia de intervención que ayudara a reducir la presencia de eventos adversos durante la intervención quirúrgica en el área de quirófano de Traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.

Recomendaciones

Se recomienda de esa forma que el proceso de pre-cirugía este en constante evaluación

para poder brindar una atención de calidad y seguridad tanto a los pacientes como familiares, que la organización y administración del área de Traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo este en constante mejora, aprovechamiento de los recursos médicos para beneficio de la institución de salud y los pacientes, contar con el personal capacitado para las distintas actividades médicas que requiera. Brindarles a las personas soluciones hospitalarias por medio de los trabajadores de salud dependiendo de la necesidad o requerimiento que tenga el paciente o familiares.

Entre otras recomendaciones generales se propone disponer de: protocolos adecuados para la seguridad global de los pacientes en general, disminuir el flujo de movimientos del personal médico en el área de cirugía, cuidar la indumentaria e instrumentos quirúrgicos a utilizarse en la intervención mediante la verificación de cumplimiento de requerimientos.

REFERENCIAS

- Aspden, P., & et al. (2004). Patient Safety: Achieving a New Standard for Care. *Institute of Medicine (US) Committee on Data Standards for Patient Safety*, 18 p.
- International Center for Alcohol Policies. (2012). *What Is Evaluation?* Retrieved from International Center for Alcohol Policies - Analysis. Balance. Partnership. International Center for Alcohol Policies.: <https://web.archive.org/web/20120504022520/http://www.icap.org/PolicyTools/Toolkits/EvaluationToolkit/2WhatIsEvaluation/tabid/441/Default.aspx>
- (2013). In A. D. Grey, & et al, *El próximo paso: la vida exponencial* (p. 408). Turner.
- Agrest, M., & Druetta, I. (2015). El concepto de recuperación: la importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios. *Vertex*.
- Ahmed, A., & et al. (2014). Adverse events and patient safety from the surgical perspective. *Archives of International Surgery* 4 (2).
- Aibar, C., & Aranaz, J. (2016). *Seguridad del paciente y prevención de Eventos*. Retrieved from Ministerio de Sanidad , Servicios Sociales e Igualdad: <https://cursos.seguridaddelpaciente.es/courses/cur002/07/01-contenidos.pdf>
- Almenasa, M., & et al. (2018). *Quaternary prevention: how to do, how to teach*. España.
- Alvarado, H., & Achury , D. (2016). Prevención de los eventos adversos en las unidades de cuidado intensivo pediátricas. *Salud Uninorte* 32(1), 144-152.
- AM, B. C., SD, L. M., & MS, Q. G. (2014). *Evaluación del cumplimiento de las normas de bioseguridad en sala de operaciones el Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas No1*.

- American College of Surgeons. (2016). *Definition of Surgery Legislative Toolkit*. Retrieved from American College of Surgeons: <https://www.facs.org/-/media/files/advocacy/state/definition-of-surgery-legislative-toolkit.ashx>
- Anwer, M., & et al. (2016). Compliance and Effectiveness of WHO Surgical Safety Check list: A JPMC Audit. *Pak J Med Sci.* 32(4), 831–835.
- Asamblea Nacional. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Retrieved from Organization of American States: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
- Asamblea Nacional. (2018). *Ley orgánica del servicio público*. Retrieved from <https://www.epn.edu.ec/wp-content/uploads/2018/08/LOSEP.pdf>
- Asefzadeh, S., & et al. (2017). Compliance with WHO safe surgery checklist in operating rooms: A case study in Iran Hospitals. *Bali Med J* 6(3), 465-469.
- Asefzadeh, S., Rafiei, S., & Karimi, M. (2020). Variation in compliance with safe surgery checklist in hospitals with different levels of patient safety culture. *International Journal of Healthcare Management* 13(1), 12-16.
- Asem, N., Sabry, H., & Elfar, E. (2019). Patient safety: knowledge, influence and attitude among physicians: an exploratory study. *Asem et al. Journal of the Egyptian Public Health Association* (2019) 94:22, 1-9.
- Babatunde , O. (2020). Quantitative Research Method. *Near East University*, 20-41.
- Barros, A., Santos, S., & De Sousa, J. (2016). Nursing care in surgical patient safety: An integrative review. *Cogitare Enferm.* 21(4), 01-08.
- Bock, M., & et al. (2016). A Comparative Effectiveness Analysis of the Implementation of Surgical Safety Checklists in a Tertiary Care Hospital. *JAMA Surg.* 151(7), 639–646.
- Borchard, A., & et al. (2012). A Systematic Review of the Effectiveness, Compliance,

- and Critical Factors for Implementation of Safety Checklists in Surgery. *Annals of Surgery* 256 (6), 925-933.
- Buñay, A., Lema, S., & Quezada, M. (2014). *Evaluación del cumplimiento de las normas de bioseguridad en sala de operaciones del Hospital De Especialidades Fuerzas Armadas N°1, durante el periodo junio a diciembre del 2013*. Retrieved from Repositorio Universidad Central del Ecuador:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4590/1/T-UCE-0006-84.pdf>
- Buttell, P., Hendler, R., & Daley, J. (2007). Quality in healthcare: Concepts and Practice. *The business of healthcare*, 61-92.
- Cabral, R., & et al. (2016). Use of a Surgical Safety Checklist to Improve Team Communication. *AORN J.* 104(3), 206-16.
- Caisahuana, J., Cisneros, D., & Pizarro, K. (2018). *Verificación del cumplimiento de la lista de cirugía segura por la enfermera de Centro Quirúrgico del Hospital Nacional "Rezola" De Cañet E; Lima, 2018*. Retrieved from Repositorio Universidad Peruana Cayetano Heredia:
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3689/Verificacion_CaisahuanaMart%C3%ADnez_Judiht.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- CARRION, J. P. (2017). *“PLAN DE MEJORAMIENTO PARA EL CORRECTO LLENADO DE LA LISTA DE CONTROL DE CIRUGIA SEGURA. GUAYAQUIL - ECUADOR: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.*
- Casas, J., Repullo, J., & Donado, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atencion Primaria* 31 (8), 469-558.
- Centeno, R. (2003). *GUÍAS E INSTRUMENTOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN*. Santo Domingo, D. N.: Programa de Mejoría de la Calidad.

- Cernadas, J. (2001). El error en medicina: reflexiones acerca de sus causas y sobre la necesidad de una actitud más crítica en nuestra profesión. *Arch. argent. Pediatr.* 99(6), 522.
- Chuquitarco, D. M. (2012). Planificación de Proyectos. *Accelerating the world's research.*, 24.
- Condor, R., Vallejos, A., & Chero, V. (2017). Factores que influyen en el nivel de cumplimiento de la lista de chequeo de cirugía segura en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2017. *Ágora Rev. Cient.* 04(02), 1-5.
- Costa, J. A. (2006). *HISTORIA CLINICA*.
- Denegri, M. (2015). Definition of subjective well-being in professional young adults from Chile. A study of natural semantic networks. *CES Psicología*, vol.8 no.1.
- Díaz, D. P., & Esparragón, J. C. (2019). CIRUGÍA DE URGENCIAS. *SECCIÓN DE TRAUMA Y CIRUGÍA DE URGENCIAS*.
- Dinesh, H., Ravya, R., & Sunil, K. (2018). Surgical safety checklist implementation and its impact on patient safety. *International Surgery Journal* 5(11), 3640-3643.
- Do Prado, M., & Galvão, C. (2019). Implementation process of the Surgical Safety Checklist: integrative review. *Rev Lat Am Enfermagem* 27, e3104.
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *Journal of the American Medical Association*, 1743-48.
- Donaldson, L., & Philip, P. (2004). Patient safety - a global priority. *Bulletin of the World Health Organization*.
- Ecuador, M. d. (2016). *Seguridad del Paciente - Usuario*.
- Emanuel, L., & et al. (2008). What Exactly Is Patient Safety? *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches Vol. 1: Assessment*.
- Emergency Care Research Institute. (2019, 06 14). *Culture of Safety: An Overview*.

Retrieved from Health Syst Risk Manage:

<https://www.ecri.org/components/HRC/Pages/RiskQual21.aspx>

- ENRÍQUEZ, R. M. (2019). *CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE CIRUGÍA SEGURA EN CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA 2018 – 2019*. IBARRA - ECUADOR: UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.
- FDA. (2012). Guidance for Industry and Investigators : Safety Reporting Requirements for INDs and BA/BE Studies . *U.S. Department of Health and Human Services*, 1-29.
- Fernández, P., & Díaz, P. (2005). *Diagnóstico precoz*.
- Fleites, E. J., Quintero, S. F., & López, L. G. (2017). Health promotion and its relationship to primary prevention. *Medicentro Electrónica*, vol.21 no.2 .
- Forrest, J., & et al. (2002). Thirty-Day Postoperative Death Rate at an Academic Medical Center. *Ann Surg*. 235(5), 690–698.
- García, M. I., & Álvarez, H. R. (2012). Calidad y gestión en servicios de salud. *HORIZONTE SANITARIO*, , vol. 11, núm. 1, pp. 6-12.
- García, T. (2003). *Etapas del Proceso Investigador: INSTRUMENTACIÓN*. Retrieved from Repositorio: Centro Universitario Santa Ana:
http://www.univsantana.com/sociologia/El_Cuestionario.pdf
- Gatica, C. (2020). *Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de*. Retrieved from Repositorio Universidad Autonoma de Guerrero:
http://ri.uagro.mx/bitstream/handle/uagro/2485/TE_11113728_20.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Giamarellou, H., & Antoniadou, A. (2018). GUIA DEL CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE SALUD.

INTERNATIONAL SOCIETY FOR INFECTIOUS DISEASES.

- Gillespie, B., & et al. (2018). Evaluation of a patient safety programme on Surgical Safety Checklist Compliance: a prospective longitudinal study. *BMJ Open Quality* 7, e000362.
- Gómez, C. (2018). *The meaning of clinical assessment among nursing baccalaureate students: A custom*. Ciudad de México: Enfermería universitaria.
- González, T., & Torres, B. (2012). Lista de verificación de seguridad de la cirugía, un paso más hacia la seguridad del paciente. *Fundación de Enfermería de Cantabria* 2(8).
- Hendler, R., Buttell, P., & Daley, J. (2007). Quality in Healthcare: Concepts and Practice. *The bussines of healthcare Vol. 3*, 62.
- Heymann , T. (1994). Clinical protocols are key to quality health care delivery (7). *Int J Health Care Qual Assur*, 14-7.
- Johansen, N. T. (1995). Calidad de la atención. *Tecnología para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención sanitaria* .
- Joint Commission Resources. (2007). Front line of Defense: The Role of Nurses in Preventing Sentinel Events, 2nd Edition. *Joint Commission Resources, Oakbrook Terrace, IL*.
- Jones, B., Kwong, E., & Warburton , W. (2021). Quality improvement made simple. *The Health Foundation*, 1-59.
- Kim, F., & et al. (2015). Current issues in patient safety in surgery: A review. *Patient Safety in Surgery* 9(1).
- Knowles, J. C., Leighton, C., & Stinson, W. (1997). *Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud*.
- Kroeger, A. (1992). *ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Principios y métodos, Segunda*

edición . USA: Pax México, Librería Carlos Césarman, S. A. .

- Lagla, S. (2021, Abril). *Incidencia de la notificación de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente en los centros de salud del Ministerio de Salud Pública*. Retrieved from Repositorio de la Universidad Tecnica de Ambato: https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/32820/3/13._lagla_chicaiza_sandra_janeth%20%281%29.pdf
- Liu, L., & Mehigan, S. (2021). A Systematic Review of Interventions Used to Enhance Implementation of and Compliance With the World Health Organization Surgical Safety Checklist in Adult Surgery. *AORN J. 114*(2), 159-170.
- Llanes , C. (2010). Prevenir eventos adversos, para alcanzar la excelencia en la gestión del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería 27*(1), 1-3.
- López, P. (2004). Población muestra y muestreo. *Punto Cero 9* (08) , 55-67.
- López, T., & et al. (2015). PROTOCOLO DE CIRUGIA SEGURA. *HOSPITAL VICENTE CORRAL*, 24.
- Mahajan, R. (2011). The WHO surgical checklist. *Best Pract. Res. Clin. Anaesthesiol. 25* (2), 161-168.
- Martín, L. G. (2014). *Cirugía. Concepto. Hitos históricos*.
- Maya, J. M. (2019). *Right to second opinion*. Colombia: Rev Asoc Colomb Dermatol.
- Mier, G. M. (2006). Ciencia e inventiva del cirujano: Habilidad quirúrgica y literaria. *MEDIGRAPHIC*, 3.
- Ministerio de Salud . (2020). *Recomendaciones para el ejercicio quirurgico en la pandemia Covid-19*. Retrieved from Ministerio de Salud Publica: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/06/Recomendaciones-Consenso-Cirug%C3%ADa-Versi%C3%B3n-1.0-1.pdf>
- Ministerio de Sanidad, S. S. (2016). *PROGRAMA DE CIRUGÍA SEGURA DEL*

SISTEMA NACIONAL DE SALUD. España.

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igual. (2016). Programa de cirugía segura del Sistema Nacional de Salud. *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*, 1-105.
- Mitchell, P. H. (2008). Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. *Agency for Healthcare Research and Quality*.
- MSP. (2015, Febrero 23). *Protocolo de cirugía segura*. Retrieved from Ministerio de Salud Pública del Ecuador: <http://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/PROTOCOLO-DE-CIRUGIA-SEGURA.pdf>
- MUÑOZ, R. R. (2022). DIAGNÓSTICO EN ENDODONCIA. *APOYO ACADÉMICO POR ANTOLOGÍAS*.
- Nassaji, H. (2015). Qualitative and descriptive research: Data type versus data analysis. *Language Teaching Research* 19(2), 129-132.
- National Institute of Dental . (2017). Tool Summary Sheet: Safety Definitions for Clinical Research. *National Institute of Dental and craniofacial research*, 1-5.
- National Quality Forum. (2004). National consensus standards for nursing-sensitive care: an initial performance measure set. *National Quality Forum*, 40.
- Nieva, V., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and Safety in Health Care*, 12 (2), ii17–ii23.
- OMS. (2008). *La cirugía segura salva vidas*. Retrieved from Organización Mundial de la Salud (Internet):
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70084/WHO_IER_PSP_2008.07_sp.pdf;jsessionid=85215256DAF1C94C72CA029B0BBBA902?sequence=1
- OMS. (2019, Marzo). *Seguridad del paciente*. Retrieved from Organización Mundial de

- la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety>
- OMS. (2020). *Health security*. Retrieved from Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/health-topics/health-security/#tab=tab_1
- OMS, O. (2008). Guidelines for Safe Surgery. *Ginebra*.
- OMS, O. (2008). Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía. *Manual de la aplicación 1 edición*.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *La cirugía segura salva vidas - WHO/IER/PSP/2008.07*. Retrieved from Organización Mundial de la Salud: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70084/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf;jsessionid=9E375DE1FFA4E73C3A5E8F345E6566CC?sequence=1
- Pellegrini, C. (2019). *Cirugía electiva, de urgencia y de emergencia: diferencias*. Argentina : ASOCIACION ENTRERRIANA DE ANESTESIOLOGIA ANALGESIA Y REANIMACION .
- Peñataro, E., & et al. (2020). Perioperative nurses' experiences in relation to surgical patient safety: A qualitative study. *Nursing Inquiry* 28 (2), e12390.
- Rafter, N., & et al. (2014). Adverse Events in Healthcare: learning from mistakes. *QJM: monthly journal of the Association of Physicians* 108(4), 1-5.
- Ragusa, P., & et al. (2016). Effectiveness of Surgical Safety Checklists in Improving Patient Safety. *Orthopedics* 39(2), e307-10.
- Robayo, J. C., & et al. (2016). PERFILES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES EN SALUD. *MINSALUD*, 337.
- Rodríguez, J. C. (2021). Modelo para el perfeccionamiento del proceso de atención en cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía. *Revista Cubana de Cirugía*, vol.60 no.2.

- Sabín, J. A., & et al. (2006). *PLAN DE ATENCIÓN SANITARIA DEL ICTUS*.
- Sáez, A. S. (2019). *PATOLOGÍA FORENSE LECCIÓN: LESIONES Y CONTUSIONES. DIFERENCIACIÓN ENTRE LESIONES VITALES Y POSTMORTALES*.
- Sales, M. B., Castelló, F. B., & Días, F. O. (2012). *MANUAL PRACTICO DE CIRUGIA MENOR*. Valencia : Obra Propia S.L. .
- Salgado, C. C., & et al. (2002). *Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE)*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Sánchez, J. V. (2010). *Gestión de la calidad: Mejora continua y sistemas en gestión*. Ed. Pirámide, Madrid .
- Sandars, J., & Cook, G. (2007). *ABC of patient safety*. Blackwell publishing, 1-63.
- Sappía, D. (2011). *PREPARACION DEL PERSONAL QUIRURGICO*. In *Preparación del Equipo Quirúrgico*. Guía de Estudios de Cirugía General.
- Sarandeses, J. E., & et al. (2014). *Professional training in comprehensive general medicine: a critical glance on the relation doctor - patient*. Cuba.
- SEGURIDAD DEL PACIENTE, A. (2008). *LISTA OMS DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA MANUAL DE APLICACIÓN*. OMS.
- Shojania , K., & et al. (2001). *Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices*. Agency for Healthcare Research and Quality Evidence Report/Technology Assessment No 43 (Prepared by the University of California at San Francisco-Stanford Evidence-based Practice Center under Contract No 290-97-0013).
- Skelly, C., Cassagnol, M., & Munakomi, S. (2021, Enero). *Adverse Events*. Retrieved from StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558963/>

- Solor, A., & Pérez, L. (2015). El check list como herramienta para el desarrollo de la seguridad al paciente quirúrgico. *Rev cuba anestesiología reanimación* 14 (1), 50-57.
- Sotto, K., Burian, B., & Brindle, M. (2021). Impact of the WHO Surgical Safety Checklist Relative to Its Design and Intended Use: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American College of Surgeons*.
- Tan, J., & et al. (2021). Attitudes and compliance with the WHO surgical safety checklist: a survey among surgeons and operating room staff in 138 hospitals in China. *Patient Safety in Surgery* 15 (3).
- Tarekegn, A., Yaregal, D., & Birlie, W. (2021). A clinical perspective study on the compliance of surgical safety checklist in all surgical procedures done in operation theatres, in a teaching hospital, Ethiopia, 2021: A clinical perspective study. *Annals of Medicine and Surgery* 69.
- Valencia, L. A., López, L. P., & Marin, I. E. (2017). *Manual básico de PRIMEROS AUXILIOS*.
- Vargas, V., Valecillos, J., & Hernández, C. (2013). Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición. *Revista de Ciencias Sociales* XIX (4), 663-671.
- Vargas, M. L., Narvaez, J. A., & Acosta, A. M. (2014). *La calidad de los servicios médicos asistenciales: estudio de caso en una institución privada*. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Veloz, D. M., & González, G. M. (2020). *Cumplimiento de la lista de verificación de la Cirugía Segura en el Hospital General Guasmo Sur, año 2019*. Guayaquil, Ecuador: UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL .
- Venneri, F., & et al. (2020). Safe Surgery Saves Lives. *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management*.

- Vértice. (2012). RCP básico y Primeros Auxilios. *Vértice: España*.
- Vincent, C. (2012). The Essentials of Patient Safety 2nd Edition. *BMJ Books*, 1-53.
- Wanzel , K., Jamieson, C., & Bohnen , J. (2000). Complications on a general surgery service: incidence and reporting. *Can J Surg* 43, 113-17.
- Weiser, T., & et al. (2010). Perspectives in quality: designing the WHO surgical safety checklist. *Int. J. Qual. Health Care* 22 (5), 365-370.
- Werner, L., & et al. (2016). *Modelo de atención integral en salud*. Retrieved from Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:
https://www.paho.org/gut/dmdocuments/Modelo_de_atencion_integral_en_salud_MSPAS.pdf
- WHO. (2009). Organisation WHO. *World alliance for patient safety: Implementation manual surgical safety checklist First edition*.
- WHO. (2019, Septiembre 13). *Patient Safety*. Retrieved from World health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Wilson, J. (2010). Essentials of Business Research: A Guide to Doing Your Research Project. *SAGE Publications*, 7.
- Woodman, N. (2018). World Health Organization Surgical Safety Checklist. *Update in Anaesthesia* 33 , 26-33.

APENDICES

Apéndice A. Encuesta de cumplimiento de los parámetros del listado de cirugía segura.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS

DE LA SALUD

Yo, Ángel Ernesto Poma López, egresado de la Maestría en Gerencia En Servicios De La Salud y mentor de la tesis denominada "Evaluación del cumplimiento de los protocolos para una cirugía segura en el área de quirófano de traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.", solicito la participación de los colaboradores de dicha institución a fin de obtener información relativa al estrés laboral de los mismos; cabe destacar que todos los datos extraídos del presente cuestionario serán utilizados únicamente con fines académicos.

ENCUESTA DE CUMPLIMIENTO DE LOS PARAMETROS DEL LISTADO DE CIRUGIA SEGURA

I. DATOS DEMOGRAFICOS:

Edad:.....

Sexo: F () M ()

Código:

- **TIEMPO DE SERVICIO:**

- Menor de 1 año () De 1 a 5 años () Más de 5 años ()

- **GRADO DE INSTRUCCIÓN:** Licenciada () Especialista ()

- **TIPO DE CIRUGIA:** Programada () Emergencia ()

- **INTERVENCION QUIRURGICA:** Mayor () Menor ()

- **CONDICIÓN LABORAL:** Contratada () Nombrada ()

- **Nº DE FORMULARIO:**

II.- FASE PREOPERATORIA

Antes de la inducción de la anestesia	Se cumple	No se cumple
	1	0
1.- Paciente confirma su identidad, sitio quirúrgico, procedimiento y su consentimiento.		
2.- Marcado de sitio quirúrgico.		
3.- Se completa la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica.		
4.- Se coloca el pulsoxímetro al paciente y se verifica su funcionamiento.		
5.- Se confirma si el paciente tiene alérgicas conocidas.		
6.- Se confirma si el paciente tiene vía aérea difícil/ riesgo de aspiración.		
7.- Se confirma si el paciente tiene riesgo de hemorragia ≥ 500 ml (7 ml/kg en niños).		

III.- FASE INTRAOPERATORIA

Antes de la incisión cutánea	Se cumple	No se cumple
	1	0
1.- Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función.		
2.- Confirmar la identidad del paciente, sitio quirúrgico y el procedimiento.		
3.- Verificar si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos.		
Previsión de eventos críticos		
4.- Se verifica con el cirujano los pasos críticos, duración de la operación y cuál es la pérdida de sangre prevista.		
5.- Verifica con el anestesista si el paciente tiene algún problema específico.		
6.- Verifica si la enfermera confirma la esterilidad y su hay dudas o problemas con el instrumental y los equipos.		
7.- Verifica si se puede visualizar las imágenes diagnósticas esenciales.		

IV.- FASE POSTOPERATORIA

Antes de que el paciente salga del quirófano	Se cumple	No se cumple
	1	0
1.- Se confirma verbalmente el nombre del procedimiento.		
2.- Se reafirma el recuento de instrumentos. Gasas y agujas.		
3.- Se confirma el etiquetado de las muestras (lectura en voz alta de la etiqueta).		
4.- Se corrobora si hay problemas relacionados con los equipos habituales en los quirófanos.		
5.- Se revisa los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente por el cirujano, el anestesista y la enfermera.		

Apéndice B. Resultado de encuesta de cumplimiento de los parámetros del listado de cirugía segura.

PREGUNTAS ENCUESTA	ANTES DE LA INDUCCION A LA ANESTESIA							ANTES DE LA INCISION CUTANEA							PREVENCION DE EVENTOS CRITICOS							ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIROFANO				
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
E1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0					
E2	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1					
E3	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0					
E4	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1					
E5	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1					
E6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0					
E7	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1					
E8	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1					
E9	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0					
E10	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0					
E11	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1					
E12	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0					
E13	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					
E14	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0					
E15	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0					
E16	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					
E17	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1					
E18	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1					
E19	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1					
E20	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0					
E21	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1					
E22	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0					
E23	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1					
E24	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1					
E25	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0					
E26	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1					
E27	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0					
E28	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0					
E29	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0					
E30	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0					
E31	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1					
E32	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0					
E33	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1					
E34	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0					
E35	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0					
E36	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1					
E37	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1					
E38	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0					
E39	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0					
E40	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0					
E41	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0					
E42	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1					
E43	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1					
E44	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1					
E45	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0					
E46	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1					
E47	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0					
E48	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0					
E49	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1					
E50	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0					

Apéndice C. Encuesta de grado de conocimiento respecto a los protocolos empleados para una cirugía segura.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA
SALUD

Yo, Ángel Ernesto Poma López, egresado de la Maestría en Gerencia En Servicios De La Salud y mentor de la tesis denominada "Evaluación del cumplimiento de los protocolos para una cirugía segura en el área de quirófano de traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo.", solicito la participación de los colaboradores de dicha institución a fin de obtener información relativa al estrés laboral de los mismos; cabe destacar que todos los datos extraídos del presente cuestionario serán utilizados únicamente con fines académicos.

GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE RESPECTO A LOS PROTOCOLOS EMPLEADOS
PARA UNA CIRUGÍA SEGURA

A. NORMAS DE BIOSEGURIDAD

1. ¿Conoce cuáles son las normas de bioseguridad?

Si

No

2. ¿Cree usted que hay una adecuada información de las normas de bioseguridad por parte del comité de infecciones?

Si

No

3. ¿Usted se ha capacitado por autogestión sobre las Normas de Bioseguridad?

Si

No

4. ¿Existe alguna persona responsable de un permanente control y seguimiento de la adecuada clasificación de los desechos hospitalarios?

Si

No

5. ¿Dónde se origina la separación de los desechos?

a. En la fase Terminal de la recolección de desechos

b. Al momento de generarlos

c. Cuando los depósitos en la funda plástica

d. Todos los anteriores

6. ¿Qué tipo de desechos maneja en el área de quirófano de Traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo ?

a. Comunes

b. Infecciosos

c. Corto punzantes

d. Todas las anteriores

7. ¿Qué son los desechos comunes para usted?

a. Papel, cartón

b. Envoltura de jeringuillas

c. Alimentos

d. Todos los anteriores

8. ¿Usted realiza adecuadamente la separación de los desechos?

Si

No

9. ¿Por qué realiza adecuadamente la separación de los desechos?

a. Por desconocimiento

b. Por negligencia

c. Por no tener tiempo

d. Por no disponer de material necesario

10. ¿El material corta punzante se debe eliminar en?

a. Funda roja

b. cartón

c. guardián

B. LAVADO DE MANOS

11. ¿El lavado de manos se debe realizar?

a. Antes y después del manejo de cada paciente

b. Después de tener contacto con los desechos

c. Después de ir al baño

d. todas las anteriores

12. ¿Para el lavado de manos usted utiliza?

a. Jabón

b. Líquido antiséptico

c. Nada

13. ¿El tiempo que se demora en el lavado de manos es de 15 segundos?

Si

No

14. ¿Antes del lavado de manos se retira la bisutería?

Si

No

15. ¿Para secarse las manos usted utiliza?

a. Compresa

b. Toalla desechable

12. ¿Para el lavado de manos usted utiliza?

- a. Jabón
- b. Líquido antiséptico
- c. Nada

13. ¿El tiempo que se demora en el lavado de manos es de 15 segundos?

- Si
- No

14. ¿Antes del lavado de manos se retira la bisutería?

- Si
- No

15. ¿Para secarse las manos usted utiliza?

- a. Compresa
- b. Toalla desechable

C. MEDIOS DE PROTECCIÓN.

16. ¿Qué tipo de guantes utiliza en su labor diaria?

a. Guantes de manejo

b. Guantes multuso

17. ¿Los guantes de manejo se utilizan para?

a.-La atención de cada paciente

b.-Para el manejo de sangre y fluidos corporales.-

Para los procedimientos invasivos

d.- sola a y b

18. ¿Se debe utilizar mascarilla para?

a.-Preparación de la medicación especial

b.-Para proteger al paciente de alguna infección respiratoria que usted sufre

c. para la manipulación de frascos con secreción, fluidos, sangre

d. Todas las anteriores

19. ¿En su labor diaria usted debe utilizar bata?

SI

NO

20. ¿Se debe utilizar bata no estéril para?

a. Algún procedimiento invasivo

b. Para la atención del paciente

D. INMUNIZACIONES

21. Usted ha recibido las dosis necesarias de Inmunización para laborar en el servicio

Si

No

22. Hace que tiempo recibió la última dosis de hepatitis

- 1 mes
- 2 mese
- 4 meses
- 6 meses
- 1 año o más

E. ACCIDENTES LABORALES

23. ¿qué vacunas le han administrado a usted?

- Tétanos Hepatitis B Hepatitis C

24. ¿En sus labores diarias usted ha sufrido algún tipo de estos accidentes?

- SI NO
- a. pinchazo
- b. corte de piel
- c. salpicadura de sangre
- d. otras especifiquen

25. ¿Al sufrir el pinchazo cual fue la razón?

- SI NO
- a. Reintentar poner la aguja
- b. Trato de sacar la aguja de la jeringuilla

26. ¿En caso de sufrir un accidente con un objeto corta punzante usted se lava la herida con solución antiséptica?

- SI
- NO

31.- ¿En caso de haber sufrido algún tipo de accidentes laborales usted comunicó inmediato al comité de infecciones?

- SI
- NO

32.- ¿Los implementes que usted debe tener en su labor diaria es?

- a. Guantes, mascarilla, gorra, bata
- b. Guantes, mascarilla, gorra, bata y gafas

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Ángel Ernesto Poma López**, con C.C: **0923635965** autor del trabajo de titulación: ***Evaluación del cumplimiento de los protocolos para una cirugía segura en el área de quirófano de traumatología del hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, 2022.*** Previo a la obtención del grado de **Magister en Gerencia en Servicios de la Salud** 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 graduación 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 graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 02 de noviembre de 2022



f. _____
Nombre: Ángel Ernesto Poma López
C.C: 0923635965



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Evaluación del cumplimiento de los protocolos para una cirugía segura en el área de quirófano de traumatología del hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, 2022		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Poma López, Ángel Ernesto.		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Dra. Silva Gutiérrez Paola Alejandra, Mgs. Dr. Obando Freire Francisco, PhD.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
GRADO OBTENIDO:	Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	02 de noviembre de 2022	No. DE PÁGINAS:	102
ÁREAS TEMÁTICAS:	Cirugías seguras, traumatología.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Cumplimiento, cirugías seguras, traumatología, evaluación.		

RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):

El objetivo general de la investigación es evaluar el cumplimiento del personal de enfermería en cada intervención quirúrgica con los protocolos empleados para una cirugía segura en el área de quirófano de Traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo con el fin de reducir los eventos adversos en las prácticas quirúrgicas del establecimiento. La metodología aplicada fue de enfoque cuantitativa de tipo de investigación básica de diseño no experimental. Se interpreta como resultado que en la mayoría de preguntas de la primera encuesta hay un gran porcentaje de incumplimientos que no se están siguiendo de la manera correcta y en la segunda encuesta existen médicos o enfermeros que no cumple con los que se consideran los procedimientos primordiales como el cumplimiento de verificación de datos, o de normas de bioseguridad. Y la propuesta planteada es la implementación de lista de requerimientos antes y después de la cirugía segura en el área de quirófano de Traumatología del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo. Revisada y controlada por una persona específica y capacitada para verificar el cumplimiento de la misma (evaluador).

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-2555777 / 0999999999	E-mail: juan.perez@cu.ucsg.edu.ec / jperez@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Núñez Lapo, María de los Ángeles	
	Teléfono: 043804600 / 0997196258	
	E-mail: maria.nunez@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):	