



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TEMA:

**Seguridad del paciente en las cirugías gineco obstétricas en
un Hospital de la ciudad de Guayaquil, 2024.**

AUTORES:

**Mora Bolaños, Danny Nayin
Cevallos Vega, Sammy Nicole**

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

TUTORA:

Lic. Franco Poveda, Kristy Glenda, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

2024



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Mora Bolaños, Danny Nayin Y Cevallos Vega, Sammy Nicole**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciados en Enfermería**.

TUTORA

f. _____

Lic. Franco Poveda, Kristy Glenda Mgs.

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Lic. Mendoza Vinces, Angela Ovilla Msc.

Guayaquil, al día 02 del mes de septiembre del año 2024



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **MORA BOLAÑOS, DANNY NAYIN**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Seguridad del paciente en las cirugías gineco obstétricas en un Hospital de la ciudad de Guayaquil, 2024**, previo a la obtención del título de **Licenciado en Enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, al día 02 del mes de septiembre del año 2024

EL AUTOR

f. _____
Mora Bolaños, Danny Nayin



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **CEVALLOS VEGA, SAMMY NICOLE**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Seguridad del paciente en las cirugías gineco obstétricas en un Hospital de la ciudad de Guayaquil, 2024**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, al día 02 del mes de septiembre del año 2024

LA AUTORA

f. 

Cevallos Vega, Sammy Nicole



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **MORA BOLAÑOS, DANNY NAYIN**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Seguridad del paciente en las cirugías gineco obstétricas en un Hospital de la ciudad de Guayaquil, 2024**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, al día 02 del mes de septiembre del año 2024

EL AUTOR:

f. _____

Mora Bolaños, Danny Nayin



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **CEVALLOS VEGA, SAMMY NICOLE**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Seguridad del paciente en las cirugías gineco obstétricas en un Hospital de la ciudad de Guayaquil, 2024**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, al día 02 del mes de septiembre del año 2024

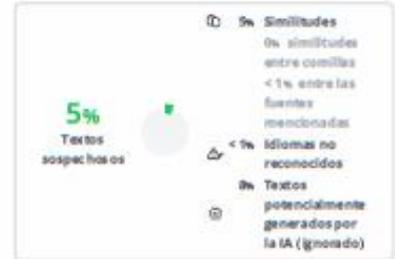
LA AUTORA:

f. _____
Cevallos Vega, Sammy Nicole

REPORTE DE COMPILATIO



Seguridad del paciente en las cirugías Gineco Obstetras en un hospital de la ciudad de Guayaquil 2024.



Nombre del documento: 13-tesis corregida.docx
 ID del documento: 57958c7c9772a5348246db517e421b06d9b9a18
 Tamaño del documento original: 667 kB
 Autores: Danny Nayín Mora Bolaños, Danny Nayín Mora Bolaños, Sammy Nicole Cevallos Vega

Depositante: Danny Nayín Mora Bolaños
 Fecha de depósito: 12/09/2024
 Tipo de carga: url_submision
 fecha de fin de análisis: 12/9/2024

Número de palabras: 14.115
 Número de caracteres: 94.961

Ubicación de las similitudes en el documento



Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	repositorio.ucsg.edu.ec http://epositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/33177120130/7-UCSG-P-OSMGSS-176.pdf.pdf	1%		Palabras idénticas: 1% (196 palabras) 9 fuentes sin ellas
2	aplicaciones.msp.gub.ec http://aplicaciones.msp.gub.ec/hu/hu/archivos/digital/es/Documentos/Directores/Manual%20de%20...	1%		Palabras idénticas: 1% (196 palabras) 58 fuentes sin ellas
3	repositorio.ucsg.edu.ec http://epositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/33177148955/7-UCSG-P-RE-MED-ENF-569.pdf.pdf	1%		Palabras idénticas: 1% (172 palabras) 49 fuentes sin ellas
4	Documento de otro usuario #60088 El documento proviene de otro grupo	1%		Palabras idénticas: 1% (173 palabras) 48 fuentes sin ellas
5	biblioteca.msp.gub.ec http://biblioteca.msp.gub.ec/26/imagenes/ocajp/enero2015/Acuerdo%20Ministerio%2015219.pdf	1%		Palabras idénticas: 1% (165 palabras) 44 fuentes sin ellas

Fuentes con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
----	---------------	-------------	-------------	-------------------

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, dar las gracias y honra a Dios por el darme la fortaleza, sabiduría y entendimiento para poder llevar a cabo toda mi carrera, por brindarme ánimo y guiarme de la forma correcta en este camino.

También quiero expresar mi más sincero y profundo agradecimiento a mis padres, hermanos y abuelos, quienes no solo me brindaron su amor y apoyo incondicional, sino que también hicieron un gran esfuerzo económico para financiar mi educación en prestigiosa Universidad. Gracias a su sacrificio y confianza en mí, hoy puedo alcanzar esta meta tan anhelada. Este logro es, sin duda, tanto de ellos como mío.

Agradezco igualmente a los Profesores y Licenciados que me guiaron a lo largo de estos años de formación. Su entrega, conocimientos y experiencias compartidas en cada clase han sido fundamentales para mi crecimiento académico y personal. Gracias por ser fuentes de inspiración y por motivarme a siempre dar lo mejor de mí.

Asimismo, extendo mi gratitud a todas las personas que me apoyaron en la realización de esta tesis. A mi compañera de investigación, asesores, amigos y a todos aquellos que contribuyeron con su tiempo, conocimientos y consejos, les agradezco sinceramente. sin su colaboración y apoyo, este proyecto no habría sido posible.

A mi tutora de tesis, querida licenciada Kristy Franco, este proceso hubiese sido más complejo sin su ayuda, gracias por el apoyo de principio a fin, por la paciencia y consejos durante este proceso de titulación, no cabe duda de que fue una de las mejores docentes durante mi carrera.

A todos ustedes, gracias de corazón. Este logro es también gracias a ustedes.

Mora Bolaños, Danny Nayin

AGRADECIMIENTO

Quiero empezar agradeciendo a Dios por permitirme llevar esta responsabilidad en mis hombros, darme salud, inteligencia y bendecirme durante los 4 años de carrera, por nunca abandonarme y siempre cuidarme.

A mis padres Rita Vega y Robin Cevallos que hubiese sido de mí sin todo el apoyo brindado durante todos mis años académicos, jamás me alcanzara el tiempo ni la vida para devolver tanto amor y esfuerzo dedicado hacia mí

Mamá te agradezco por ser un pilar fundamental en toda mi vida, gracias por nunca dejar rendirme, creer en mi conocimiento y mis destrezas, por tener una frase motivadora, un abrazo cálido y un beso sincero, te admiro y te respeto mucho, fuiste mi inspiración ayer, hoy, mañana y siempre

Papá gracias por todo tu apoyo, tus palabras sinceras siempre me reconfortaban cuando estaba muy agotada física y mentalmente, eres un motor y un ejemplo para seguir por todo el esfuerzo que haces diario para salir adelante por ti y tu familia

A mis abuelos por nunca abandonarme y estar presente en cada situación o circunstancias que la vida me daba, estoy muy agradecida por contar siempre con ese apoyo económico, sentimental y emocional

Un gracias gigante a quienes me formaron académica y profesionalmente, queridos doctores/as y licenciados/as muchas gracias por impartir conocimientos desde el amor y enseñanza, su legado quedara por siempre grabado en mis pensamientos

A mi tutora de tesis, querida licenciada Kristy Franco, este proceso hubiese sido más complejo sin su ayuda, gracias por el apoyo de principio a fin, por la paciencia y consejos durante este proceso de titulación, no cabe duda de que fue una de las mejores docentes durante mi carrera.

Cevallos Vega, Sammy Nicole

DEDICATORIA

Quiero dedicarles este logro obtenido y este resultado de mi esfuerzo a mis amados padres, Miguel Felipe Mora Montece y Jazmin Sulay Bolaños Alvarado debido a que constantemente estuvieron desde el principio de mi carrera e hicieron todo lo posible para que este objetivo se hiciera realidad, quiero dedicarles completamente este éxito y todo mi esfuerzo dado durante todos estos años porque han sido el pilar fundamental en mi vida y en mi carrera, porque sé que ustedes también sintieron lo duro de este proceso y sé que están muy felices y muy orgullosos de mí, ambos me han brindado herramientas necesarias para crecer y enfrentar los desafíos de la vida, siempre trataré de llenarlos de orgullo y felicidad, esta tesis también es para ustedes porque en cada página está reflejada su influencia, su esfuerzo y su fe en mí.

Quiero dedicar este éxito también a una persona muy especial, Sammy Nicole Cevallos Vega, gracias porque sin ti nada de esto sería igual, por apoyarme en los momentos más duros y difíciles durante este camino, por acompañarme cada noche y cada madrugada estudiando y apoyándome en todo lo que necesitaba y por siempre estar a mi lado, eres una persona única y especial en mi vida, espero que esta meta y este sueño cumplido sea el primero de muchos a tu lado, te admiro por ser una persona muy fuerte y responsable durante todo este proceso, hoy mañana y siempre te llevaré en mi corazón, no me alcanzan las palabras para expresarte cuanto te admiro y cuanto te adoro, gracias por ser siempre una excelente persona.

Este logro también va dirigido a mis compañeros y amigos que siempre estuvieron a mi lado desde el primer semestre incluso desde el PRE, siempre los recordaré como grandes amigos, Deidamia Carguache, Melanie Macias, María torres, Harvik Palma y Brithany Guamán, constantemente los llevaré en mi corazón por ser los amigos confidentes y especiales de la carrera, los admiro por hacer de la carrera de Enfermería un lugar más bonito.

Mora Bolaños, Danny Nayin

DEDICATORIA

Quiero dedicar esta tesis a quienes desde el día cero estuvieron para mí, quienes me formaron desde casa con valores amor y perseverancia, a quienes admire y siempre celebrarán cada triunfo logrado; mamá y papá deseo siempre ser su orgullo y felicidad, hoy les dedico este logro que compartimos juntos, nunca olvidare cada esfuerzo e inversión que hicieron por mí, lo mucho que les costó soltarme para permitirme crecer tanto como persona y profesional, gracias por absolutamente todo, esto es por y para ustedes.

Querido Danny, desde que te conocí me transmitiste confianza y supe que construiríamos un lazo especial, la carrera no hubiese sido lo mismo sin ti, y te agradezco por toda la ayuda durante 4 años, por tanto amor, dedicación, desveladas y muchas experiencias más que llevare grabadas en el corazón, fuiste un pilar fundamental durante todo este camino, te deseo más que lo mejor y que tu vida este llena solo de éxitos, recuerda siempre que esto es solo el inicio.

A mis amigas Melanie, Deidamia y María gracias porque la vida universitaria fue mucho más divertida por el vínculo que creamos, las anécdotas que tendremos por contar siempre serán mis favoritas, me llena de felicidad que cada uno haya logrado su objetivo siempre con el apoyo del otro, parte de todo este logro son ustedes por incentivar me a mejorar día a día

Cevallos Vega, Sammy Nicole



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

**LCDA. MENDOZA VINCES, ANGELA OVILDA, MSC.
DIRECTORA DE CARRERA**

f. _____

**LCDA. HOLGUIN JIMENEZ, MARTHA LORENA, MGS.
COORDINADORA DEL ÁREA DE TITULACION**

f. _____

**LCDA. HOLGUIN JIMENEZ, MARTHA LORENA, MGS.
OPONENTE**

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	VIII
DEDICATORIA	X
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	XII
ÍNDICE.....	XIII
ÍNDICE DE TABLAS	XV
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XVI
RESUMEN.....	XVII
ABSTRACT	XVIII
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I.....	4
1.1. Planteamiento del Problema	4
1.2. Preguntas De Investigación.....	6
1.3. Justificación.....	7
1.4. Objetivos.	8
1.4.1. OBJETIVO GENERAL:.....	8
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	8
CAPITULO II.....	9
2. Fundamentación conceptual.....	9
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	9
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	11
2.2.1. Seguridad del paciente	11
2.2.2. Manual de seguridad del paciente	11
2.2.3. Cirugía gineco-obstétrica	13
2.2.4. Proceso de Atención de Enfermería con Enfoque de Seguridad del Paciente	19
2.2.5. Implementación de Protocolos Estandarizados de enfermería... ..	22
2.2.6. Teoría de los Sistemas de Betty Neuman.....	22
2.3 MARCO LEGAL	26
2.3.1. Constitución Nacional del Ecuador 2021	26
2.1.2. Plan de Desarrollo para el Nuevo Ecuador 2024-2025.....	26
2.1.3. Ley Orgánica de Salud 2022	27

2.1.4. Manual de seguridad del paciente del Ministerio de Salud Pública	28
CAPITULO III.....	29
3. Diseño de la investigación	29
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	29
3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	29
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	30
3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	30
3.5. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	31
Técnica:	31
3.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	31
3.7. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LAS INVESTIGACIONES CON SUJETOS HUMANO	31
3.8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	32
CAPITULO IV.....	35
4. Presentación y análisis de resultados.....	35
5. Discusión	56
6. Conclusiones	59
7. Recomendaciones	60
8. Referencias.....	61
ANEXOS.....	67

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables	32
--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tipo de cirugía	35
Figura 2. Se confirman datos del paciente.....	36
Figura 3. Demarcación del sitio quirúrgico.....	37
Figura 4. Control formal de instrumental anestésico y medicación	38
Figura 5. Colocación de pulsioxímetro y capnógrafo	39
Figura 6. Tiene alergias conocidas	40
Figura 7. Vía aérea difícil/riesgo de aspiración	41
Figura 8. Riesgo de hemorragia >500 ml.....	42
Figura 9. Se ha confirmado la reserva de hemoderivados en el laboratorio	43
Figura 10. Confirmación que todos han dicho su nombre y función	44
Figura 11. Confirmación verbal con el equipo quirúrgico	45
Figura 12. El anesestesiólogo expresa algún problema específico	46
Figura 13. Equipo de enfermería y/o instrumentación quirúrgica revisa	47
Figura 14. Administración de profilaxis antibiótica	48
Figura 15. Dispone de imágenes diagnósticas esenciales para el procedimiento quirúrgico.....	49
Figura 16. El responsable del chequeo confirma verbalmente con el equipo quirúrgico	50
Figura 17. Número de compresas utilizadas.....	51
Figura 18. Clasificación de la herida	52
Figura 19. Toma y etiquetado de muestras	53
Figura 20. Problemas con el instrumental y revisión de recuperación	54
Figura 21. Promedios de las 3 fases de la cirugía gineco obstétrica	55

RESUMEN

La seguridad del paciente es un componente importante en la calidad de la atención sanitaria, especialmente en el entorno quirúrgico gineco obstétrico, donde los riesgos inherentes a los procedimientos requieren una gestión rigurosa y sistemática, debido a la naturaleza delicada de los procedimientos y al impacto en la salud y bienestar tanto de la madre como del feto.

Objetivos: Determinar la seguridad del paciente en las cirugías gineco obstétricas en un Hospital de la ciudad de Guayaquil, 2024. **Metodología:** cuantitativa, descriptiva, transversal, prospectiva. **Población:** 100 observaciones de cirugías a profesionales de la salud. **Resultados:** El estudio mostró que la cesárea es el procedimiento más frecuente en el centro gineco-obstétrico, representando el 55% de las cirugías realizadas, seguido de la histerectomía y la miomectomía. En cuanto a las prácticas seguras antes de la inducción anestésica, se observó un cumplimiento del 100% en la verificación de la identidad del paciente y el procedimiento, aunque solo un 17% de los casos cumplió con la demarcación del sitio quirúrgico. Antes de la incisión, la presentación del equipo quirúrgico se realizó en el 42% de los casos y la confirmación verbal del sitio en un 69%. Finalmente, antes de la salida del paciente del quirófano, el recuento de material quirúrgico fue completado en el 100% de casos. **Conclusión:** El estudio muestra un promedio de 80.7% identificándose problemas en la primera fase de cirugía que es la entrada antes de la inducción de la anestesia, de modo que se presentan oportunidades de mejora en estos momentos.

Palabras clave: *seguridad del paciente, cirugías, lista de verificación, servicio de ginecología y obstetricia, enfermería.*

ABSTRACT

Patient safety is an important component in the quality of healthcare, especially in the gynecological-obstetric surgical environment, where the risks inherent to the procedures require rigorous and systematic management, due to the delicate nature of the procedures and the impact on the health and well-being of both the mother and the fetus. **Objectives:** To determine patient safety in gynecological-obstetric surgeries in a hospital in the city of Guayaquil, 2024. **Methodology:** quantitative, descriptive, cross-sectional, prospective. **Population:** 100 observations of surgeries to health professionals. **Results:** The study showed that cesarean section is the most frequent procedure in the gynecological-obstetric center, representing 55% of the surgeries performed, followed by hysterectomy and myomectomy. Regarding safe practices before anesthetic induction, 100% compliance was observed in the verification of patient identity and the procedure, although only 17% of cases complied with the demarcation of the surgical site. Before the incision, the presentation of the surgical team was carried out in 42% of cases and verbal confirmation of the site in 69%. Finally, before the patient left the operating room, the count of surgical material was completed in 100% of cases. **Conclusion:** The study shows an average of 80.7% identifying problems in the first phase of surgery, which is the entry before the induction of anesthesia, so that opportunities for improvement are presented currently.

Keywords: *patient safety, surgeries, checklist, gynecology and obstetrics service, nursing.*

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente (SP) previene efectos adversos relacionados con las intervenciones del personal sanitario, los riesgos relacionados a la falta de seguridad del paciente están presentes en la práctica diaria en los entornos hospitalarios en todo el mundo, la responsabilidad recae en el personal de salud sobre todo en el personal de enfermería porque es quien se encuentra en mayor contacto con el paciente en su unidad de cuidado (1).

Los pacientes se someten a cirugías para mejorar su calidad de vida, los procesos quirúrgicos son complejos y requieren de la gran capacidad del personal para que realice de manera óptima, la organización y el cumplimiento de las normas de asepsia son las principales funciones que deben cumplirse para evitar complicaciones como infecciones o errores en la administración de medicamentos (2).

Los eventos adversos con mayor prevalencia en el ámbito hospitalario ocurren en las salas de cirugías debido a la complejidad del proceso quirúrgico los profesionales tienden a sentirse presionados, las situaciones de urgencia y el rumbo de las intervenciones quirúrgicas pueden cambiar de forma inesperada por razones médicas lo que podría producir afectaciones en el paciente produciendo incapacidad y algunas veces permanente o alargar su estancia hospitalaria negativamente (3).

El paciente que va a someterse a un proceso quirúrgico tiende a sentirse preocupado o ansioso, es fundamental la intervención del personal de salud aclarar las posibles dudas o miedos mediante la explicación del proceso que se va a efectuar y los riesgos a los que está expuesto, aunque esta última actividad produzca temor el paciente tiene el derecho a conocer las posibles complicaciones que podrían o no presentarse y mantener informado a sus familiares (4).

La responsabilidad del profesional de salud para garantizar que se cumplan todos los procesos rigurosos durante la cirugía es de vital importancia para la seguridad del paciente, por esta razón se debe conocer a profundidad los factores asociados a la aparición de un evento adverso quirúrgico con la

finalidad de prevenirlos y diseñar un plan de acción que ofrezca soluciones (5).

Los antecedentes investigativos revelan falencias en el sector sanitario para garantizar la seguridad del paciente, la falta de regulación de las practicas asistenciales que realizan los profesionales ha motivado la creación de métodos de verificación en forma de cuestionario organizado con preguntas basadas en la verificación de la identidad del paciente, verificación del procedimiento o cirugía, diagnóstico médico, posibles complicaciones del procedimiento.

Este instrumento se aplica durante breves pausas del acto quirúrgico con la finalidad de constatar que se cumpla cada parte de los ítems enfocados en la seguridad del usuario, existen varias versiones, pero la más acertada es la Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS) propuesta por la organización Mundial de la Salud como un instrumento para determinar cómo se encuentra la seguridad del paciente en el are de quirófano (6).

El propósito de este estudio de investigación radica en determinar la seguridad del paciente en las cirugías gineco obstétricas realizadas en un Hospital de la ciudad de Guayaquil durante el periodo 2024, para detallar el proceso de entrada, pausa y salida quirúrgica según los procedimientos realizados y verificar el cumplimiento de los métodos seguros para el desarrollo de una segura, mediante método cuantitativo, descriptivo, no experimental, por observación directa a aproximadamente 100 personas parte del personal de central obstétrica.

El riesgo asociado a las intervenciones quirúrgicas se puede prevenir de manera oportuna si se realizan esfuerzos en conjunto como el trabajo multidisciplinario con énfasis en mejorar la comunicación del personal. A través de la observación directa del procedimiento y aplicación de la lista de verificación avalada por la Organización Mundial de la Salud (7).

CAPITULO I

1.1. Planteamiento del Problema

La seguridad del Paciente es uno de los objetivos a impulsar por la Organización Mundial de la Salud, según sus investigadores se consideran a los accidentes relacionados con la seguridad del paciente entre las principales causas de aumento de morbilidad y mortalidad en la población mundial en aproximadamente 3 millones de personas cada año (8).

Es decir, uno de cada diez pacientes atendidos ha sido víctima de lesiones relacionadas con la atención recibida, además 4 de cada 10 pacientes se lesionaron en procedimientos ambulatorios, todos estos incidentes o accidentes podrían prevenirse en mayor porcentaje si se aplican medidas enfocadas en minimizar los riesgos asociados a la atención (9). Las causas habituales de los errores en la atención del paciente se mencionan errores en la identificación, errores en la administración de medicamentos, caídas, úlceras por decúbito y errores en el proceso quirúrgico (10).

Los riesgos asociados a la atención de salud son prevenibles en mayor medida según la Organización Panamericana de la Salud, las estadísticas mundiales revelan los numerosos casos de eventos adversos en la población mundial, para la motivación de la realización de prácticas asistenciales seguras se conmemora el Día mundial de la Seguridad del Paciente el 17 de Septiembre de cada año, como un recordatorio a todas las instituciones mundiales de la importancia de mantener la seguridad en los pacientes basado en el principio de no maleficencia que indica no producir daños en la persona que recibe los cuidados (11).

En América Latina el reporte de casos de eventos adversos es alta, reflejado en las estadísticas aproximadamente 10 de cada 100 pacientes han sufrido eventos adversos durante su estancia hospitalaria que prolongaron los días de hospitalización, las actividades encaminadas a la recuperación del paciente deben ser realizadas de forma óptima para prevenir daños en el paciente en este informe se evidencia que un gran porcentaje de pacientes

sufrió discapacidad e incluso el fallecimiento por cuestiones relacionadas a la seguridad asistencial.

Los países latinoamericanos realizan constantes esfuerzos por vigilar la seguridad del paciente de manera integral haciendo partícipes a las autoridades competentes en el fortalecimiento de mecanismos de regulación de las intervenciones de salud (12). El riesgo de sufrir eventos adversos aumenta con el desconocimiento de los profesionales de procesos de verificación que reduzcan al mínimo las equivocaciones o iatrogenias cometidas en las áreas asistenciales, es una de las principales funciones de los profesionales cuidar la integridad del paciente en su unidad de cuidado (13).

El estado de la seguridad del paciente en los hospitales de Ecuador se encuentra afectada según el Ministerio de Salud Pública que es el ente rector de todos los establecimientos a nivel nacional se reportan numerosos casos de errores que afectan la seguridad del paciente en todo el territorio nacional, evidenciando las falencias en el sector sanitario para mantener practicas asistenciales seguras, mediante la creación del Manual de Seguridad del Paciente en el año 2016 con la finalidad de mejorar las intervenciones del personal de salud con enfoque en la prevención y minimización de riesgos relacionados a la atención, fomentando la capacitación constante del personal a nivel nacional incrementando los conocimientos sobre seguridad del usuario de manera que se convierta en una actividad constante en las instituciones con el espacio y los recursos necesarios para que los servidores de salud puedan acceder a fuentes de información (14).

En la ciudad de Guayaquil ubicada en la provincia del Guayas, se encuentran ubicados establecimientos sanitarios pertenecientes a la red pública y privada de instituciones que brindan servicios a la población, dichas instituciones se rigen a las políticas nacionales e internacionales para garantizar la seguridad de los usuarios, aunque de igual manera se reportan casos de eventos adversos en todo el territorio nacional y algunos casos no son reportados por los profesionales debido a falta de conocimiento de los

procesos de notificación de casos de manera que los casos de eventos adversos que no han sido identificados podrían sumarse a las estadísticas generales para la obtención de un panorama integral de los eventos ocurridos.

El presente estudio de investigación se desarrolla en un Hospital de la ciudad de Guayaquil con la finalidad de analizar la problemática antes mencionada ya que se pudo identificar que en la práctica clínica diaria en los hospitales existen las posibilidades de que ocurran eventos adversos en los pacientes.

1.2. Preguntas De Investigación

- ¿Existe seguridad del paciente en las cirugías gineco obstétricas en un Hospital de la ciudad de Guayaquil, 2024?
- ¿Cuál es el tipo de cirugía a realizarse de los pacientes del área del centro gineco obstétrico?
- ¿Cuáles son las prácticas seguras antes de la inducción a la anestesia del paciente en las cirugías gineco obstétricas?
- ¿Cuáles son las prácticas seguras antes de la incisión del paciente en las cirugías gineco obstétricas?
- ¿Cuáles son las prácticas seguras antes de la salida del paciente de quirófano en las cirugías gineco obstétricas?

1.3. Justificación

El objetivo principal de este estudio de investigación es determinar la seguridad del paciente en las cirugías gineco obstétricas (15). Dado que los riesgos inherentes a la actividad profesional en el área quirúrgica se rigen por normas y estándares de calidad estrictos, es primordial realizar investigaciones que permitan identificar los factores de riesgo más prevalentes para intervenir de manera oportuna y mejorar la seguridad tanto de los pacientes como de los profesionales de la salud. Este estudio es importante, debido a que el quirófano es un espacio en el que la falta de seguimiento de las prácticas de asepsia puede significativamente aumentar el porcentaje de infecciones hospitalarias.

También, la investigación es posible debido a la existencia de herramientas estandarizadas para la recolección de información, como es el cuestionario que se adaptó a las particularidades del estudio del contexto de la operación quirúrgica local.

Esta adaptabilidad asegura que los datos recogidos serán relevantes y aplicables para el análisis y las intervenciones subsiguientes. Asimismo, el hospital en cuestión proporciona un escenario ideal para la implementación de este estudio debido a su volumen significativo de cirugías gineco obstétricas y su apertura a la investigación y mejora continua en procedimientos quirúrgicos.

Este estudio no solo beneficia directamente a los pacientes y al personal médico del hospital involucrado, sino que también contribuye a la comunidad científica y educativa en general. Los datos obtenidos podrían servir como fundamento para futuras investigaciones que busquen profundizar en la seguridad del paciente en contextos quirúrgicos similares, facilitando la generación de un cuerpo de conocimiento más amplio que podría guiar políticas públicas y procedimientos estandarizados a nivel nacional (16).

Este estudio es importante, debido a que el quirófano es un espacio en el que la falta de seguimiento de las prácticas de asepsia puede significativamente aumentar el porcentaje de infecciones hospitalarias. También, la investigación es posible debido a la existencia de herramientas

estandarizadas para la recolección de información, como es el cuestionario que se adaptó a las particularidades del estudio del contexto de la operación quirúrgica local. La viabilidad de este estudio se refuerza por el apoyo institucional del hospital, que ve con buenos ojos las iniciativas que propongan mejoras tangibles en la atención al paciente.

1.4. Objetivos.

1.4.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la seguridad del paciente en las cirugías gineco obstétricas en un Hospital de la ciudad de Guayaquil, 2024.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar el tipo de cirugía a realizarse en los pacientes a ingresar al centro gineco obstétrico.
2. Describir las prácticas seguras antes de la inducción a la anestesia del paciente en las cirugías gineco obstétricas.
3. Especificar las prácticas seguras antes de la incisión del paciente en las cirugías gineco obstétricas.
4. Identificar las prácticas seguras antes de la salida del paciente de quirófano en las cirugías gineco obstétricas.

CAPITULO II

2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes de la Investigación.

En la investigación de Cuerpo, et al, (17) en España 2023, que trataron sobre la importancia de la seguridad del paciente, con la finalidad de identificar los riesgos y los daños asociados a la atención sanitaria; con metodología cuantitativa observacional; entre los resultados más destacados resaltan que la garantía de la prevención de riesgos quirúrgicos y salvaguardar la seguridad de los pacientes radica en las iniciativas que tengan los equipos quirúrgicos en cuanto a la medición de los servicios que ofrecen, además se destaca la creación y el refuerzo de una cultura segura en cuanto a la clínica de los profesionales sanitarios.

En el estudio de Sepúlveda, et al. (18) en Colombia 2021, destacaron el cumplimiento de la seguridad del paciente en la cirugía en un hospital, con la finalidad de determinar el cumplimiento en la aplicación de la listas de verificación de seguridad en una institución pública; con metodología cuantitativa de corte transversal; cuyos resultados determinaron un cumplimiento del 13,3% en una fase previa a la cirugía, esto realizado por el personal de instrumentación quirúrgica, además se observó una correlación entre los años de experiencia que existe en el personal y el tiempo de trabajo de cada uno de los miembros que conforman el equipo multidisciplinario.

De la misma manera, en la investigación de Salinas y Valladares (19) en Perú 2023, detallaron sobre la LVCS, para conocer los hallazgos científicos en la aplicación de cirugía segura; bajo una metodología por revisión bibliográfica de manera sistemática; cuyos resultados denotan una baja responsabilidad del personal de enfermería, lo que da pistas para la descripción de potencial investigativo acerca de seguridad del paciente en el contexto de cirugías, en los distintos momentos, prequirúrgico, intra y postquirúrgico de los pacientes.

En el trabajo de García, et al. (20) en España 2020, que detallaron sobre la seguridad del paciente en residencias o centros sociosanitarios, con el objetivo de realizar una búsqueda bibliográfica para verificar los puntos vulnerables; con una metodología por revisión bibliográfica; cuyos resultados destacaron un porcentaje alto de pacientes que necesitan de los profesionales para satisfacer sus necesidades en la estadía intrahospitalaria, además que es importante aplicar un correcto cuidado y aplicación del sistema de seguridad de los pacientes en la práctica clínica y así evitar complicaciones.

En el estudio de Lima et al (21) en Brasil 2020, se refirieron acerca de la SP por la percepción medida en enfermeros de una maternidad, para la evaluación de temáticas que hicieran referencia al tipo de cuidados que se tienen en los pacientes, con una metodología cuantitativa descriptiva transversal; cuyos resultados constataron que el promedio y puntuaciones de manera positiva varía entre 33% a 69,6%, además que las evaluaciones se describieron en dimensiones distintas entre ellas se puede nombrar el aprendizaje organizacional, el trabajo entre profesionales y los diferentes equipos de las unidades , además que las acciones a tomar e cuenta son la transferencia de pacientes entre los distintos servicios del establecimiento y los cambios de turno.

En la investigación de Condemaita, et al. (22) en Ecuador 2023, con el objetivo de analizar las intervenciones realizadas por enfermeros para la SP; con metodología descriptiva por revisión bibliográfica; cuyos resultados destacaron una disminución de errores ocasionados por el personal de salud, por consiguiente también se logró disminuir la morbimortalidad, debido a la implementación de nuevas estrategias relacionadas a las técnicas asépticas con un énfasis en la lista de verificación.

Por último, en el estudio de Gavilanes, et al. (23) en Ecuador 2021, que detallaron la cultura de seguridad del paciente como una estrategia para evitar errores, con el objetivo de identificar la percepción sobre el tema de la seguridad del paciente mediante el análisis de conocimientos; con una metodología cualitativa de diseño etnográfico; cuyos resultados detallaron

que un porcentaje minúsculo de los profesionales poseían un bajo nivel de conocimientos sobre el tema, a la vez que manifestaron una falta de capacitación y compromiso por parte de la institución.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. Seguridad del paciente

Se refiere a un conjunto de acciones y planes que se ejecutan para evitar, disminuir o mitigar la posibilidad de un daño o una lesión mientras se brinda atención médica. Incluye la identificación y la prevención de errores médicos, la propagación de prácticas garantizadas, la comunicación con el equipo de salud y los usuarios, asimismo la instalación de procedimientos y sistemas que aseguren la calidad y la seguridad en todas las partes de la atención médica. La seguridad del paciente busca proteger la integridad física, emocional y psicológica de quienes reciben atención médica, y es un componente fundamental de la calidad de la atención sanitaria (24).

2.2.2. Manual de seguridad del paciente

Introducción a la Seguridad Quirúrgica

Este prospecto se encarga de anticipar inconvenientes y adversidades en cirugías. La meta es garantizar que los procedimientos se realicen de manera segura, efectiva y con el mínimo riesgo para el paciente (14).

Principios Fundamentales

Identificación del Paciente: Verificación precisa de la identidad del paciente y del procedimiento quirúrgico a realizar. Esto incluye la confirmación del nombre del paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico.

Consentimiento Informado: Asegurar que el paciente o su representante haya comprendido y dado su consentimiento para el procedimiento.

Marcar el Sitio Quirúrgico: Uso de técnicas estándar para marcar el sitio del procedimiento para evitar errores de sitio quirúrgico.

Protocolo de "Tiempo de Seguridad"

Este protocolo implica una serie de verificaciones antes, durante y después de la cirugía para asegurar que todo esté en orden:

Antes de la Anestesia: Confirmación de la identidad del paciente, el procedimiento, el sitio quirúrgico, y los instrumentos necesarios.

Antes de Incisión: Revisión final para verificar que todo esté listo y que los datos sean correctos.

Antes de Cierre: Verificación de que todos los objetos (como gasas e instrumentos) estén contabilizados y que el procedimiento se haya completado según lo planeado.

Higiene y Control de Infecciones

Preparación del Área Quirúrgica: Limpieza y desinfección rigurosa del área quirúrgica y el equipo.

Uso de Barreras Estériles: Uso de campos estériles y equipo de protección personal para prevenir infecciones.

Protocolos de Esterilización: Esterilización adecuada de instrumentos y materiales quirúrgicos.

Manejo de Emergencias

Preparación para Complicaciones: Poseer un plan de acción definido con el fin de atender las emergencias durante la operación.

Entrenamiento del Personal: La permanente capacitación de los empleados en cómo atender las emergencias y desarrollar protocolos de respuesta veloces.

Documentación y Reportes

Registro de Incidencias: Escribir cualquier suceso o suceso bueno que ocurra.

Análisis y Mejora Continua: Verificar los sucesos para introducir perfeccionamientos en los métodos y procedimientos.

Educación y Capacitación

Formación Continua: Capacitación constante y actualizada, para todo el personal.

Simulaciones y Entrenamiento: Realización de recreaciones que están para preparar a los empleados para situaciones de peligro.

Cultura de Seguridad

Comunicación Abierta: Fomentar una cultura donde se puedan comunicar problemas y errores sin temor a represalias.

Mejora Continua: Compromiso con la mejora continua en las prácticas de seguridad y procedimientos quirúrgicos.

2.2.3. Cirugía gineco-obstétrica

Se trata de una especialidad de la medicina que tiene como eje el diagnóstico, el tratamiento y la administración de salud de las condiciones y trastornos relacionados con el sistema reproductivo femenino, además del manejo de las operaciones quirúrgicas que involucran la gestación y el parto. Esto puede incluir la ejecución de procedimientos médicos en el ámbito de la ginecología y la obstetricia, como la histerectomía, la operación laparoscópica de la ginecología, la operación de los órganos genitales femeninos y de sanos, además de la ejecución de cesáreas y otras acciones quirúrgicas asociadas con el embarazo y el parto. La operación gineco-obstétrica se lleva a cabo por especialistas en obstetricia y en ginecología que se han educado adicionalmente en métodos quirúrgicos específicos para atender las situaciones de salud relacionados con el sistema reproductivo femenino y la gestación (25).

2.2.3.1. Tipos de cirugía obstétrica

Miomectomía: es un procedimiento quirúrgico planificada para remover los fibromas del útero, también denominados miomas, y que son neoplasias que se gestan en el órgano reproductor femenino. Durante el procedimiento, el cirujano realiza incisiones en el abdomen o utiliza técnicas mínimamente invasivas, como la laparoscopia o la histeroscopia, para acceder al útero y extirpar los miomas mientras conserva el órgano. Este procedimiento se realiza con el objetivo de aliviar los síntomas asociados con los miomas, como el dolor pélvico, los sangrados menstruales abundantes y la presión sobre los órganos cercanos; es una opción para aquellas mujeres que desean conservar su útero y que no están buscando un embarazo inmediato, ya que puede preservar la capacidad reproductiva (26).

Histerectomía abdominal: es un procedimiento quirúrgico en el cual se extirpa el útero a través de una apertura en la superficie del cuerpo. Esta habilidad se utiliza con el objetivo de atender diversas condiciones de salud, como, por ejemplo, los fibromas de la uterina, la endometriosis, el cáncer de la uterina o el prolapso de esta. A lo largo de la histerectomía del abdomen, es posible extraer el útero o bien los ovarios y las trompas de Falopio, según el diagnóstico médico y las necesidades del paciente. Es una actividad que normalmente se lleva a cabo bajo anestesia general, además es posible que requiera de un periodo de sanación postoperatorio que varía entre varias semanas y varios meses, en el cual es necesario seguir procedimientos específicos para optimar la sanación (27).

Histeroscopia: es un procedimiento médico que posibilita al especialista observar el interior de la barriga usando un instrumento delgado y maleable llamado histeroscopio. Este dispositivo se introduce por la vagina y el cuello del útero hasta alcanzar el estómago, posibilitando la visualización en directo de la cavidad del estómago, y es posible ejecutarlo con diferentes intenciones, como diagnosticar y atender diversas dificultades en ginecología. Dependiendo del procedimiento específico y de las necesidades de la paciente, la histeroscopia puede realizarse con anestesia local, sedación consciente o anestesia general. Es un procedimiento mínimamente

invasivo que generalmente se realiza de forma ambulatoria y con tiempos de recuperación más cortos en comparación con otras cirugías ginecológicas (28).

Colporrafia: Este procedimiento busca restaurar la anatomía normal y la función de la vagina, así como aliviar los síntomas asociados con el prolapso, como la sensación de presión vaginal, la incontinencia urinaria o la dificultad para vaciar la vejiga o los intestinos; puede realizarse sola o combinada con otros procedimientos, como la histerectomía, dependiendo de las necesidades específicas de la paciente y la gravedad del prolapso (29).

Legrado: es un procedimiento médico en el que se raspa o se limpia el revestimiento del útero, llamado endometrio, se realiza introduciendo instrumentos delgados a través del cuello uterino hacia la cavidad uterina, puede realizarse por varias razones, como diagnosticar y tratar irregularidades menstruales, realizar una evacuación uterina después de un aborto espontáneo o provocado, remover tejido anormal, como pólipos, o en la evaluación de problemas de fertilidad. Es un procedimiento que puede realizarse bajo anestesia local, regional o general, dependiendo de la situación clínica y las preferencias del paciente, aunque generalmente es seguro, puede presentar algunos riesgos, como sangrado excesivo, infección, perforación uterina o daño a los órganos cercanos (30).

Cesárea: es un procedimiento quirúrgico en el cual se realiza una incisión en el abdomen y el útero para permitir el nacimiento del bebé cuando el parto vaginal no es posible o seguro para la madre o el bebé, pueden ser planificadas previamente debido a complicaciones médicas o situaciones de riesgo, o pueden ser realizadas de emergencia si surgen complicaciones durante el trabajo de parto, como el sufrimiento fetal, el desprendimiento prematuro de la placenta, la presentación anormal del feto, el prolapso del cordón umbilical, o el trabajo de parto detenido. Aunque la cesárea es un procedimiento seguro cuando está indicado, conlleva riesgos y un período de recuperación más prolongado en comparación con el parto vaginal. Es importante que la decisión de realizar una cesárea sea tomada por el equipo

médico en consulta con la madre, teniendo en cuenta los beneficios y riesgos para ella y su bebé (31).

2.2.3.2. Síntomas gineco-obstétricos más frecuentes (32)

Sangrado vaginal: se refiere al flujo sanguíneo que se produce en la vagina y que puede manifestarse en diferentes ocasiones de acuerdo con el ciclo menstrual o en situaciones particularidades de la salud del género femenino. Este sangrado es posible que sea habitual, como parte de la fase menstrual, o bien indique la existencia de una complicación de salud subyacente.

Dolor pélvico: se trata de la percepción de malestar, dolor o malestar en la región inferior del cuerpo y la pelvis, debajo del ombligo. Este tipo de malestar puede cambiar en magnitud, extensión y recurrencia, y puede ser agudo o crónico.

Edema de los miembros inferiores: es una condición médica que se define por la acumulación de fluido en los depósitos de tejido de las extremidades inferiores, de los talones y de los pies.

2.2.3.3. Funciones del equipo quirúrgico

Cirujano: Es el líder del equipo quirúrgico y es responsable del resultado de la intervención. Debe reconocer cualquier error que ocurra, corrigiéndolo de manera respetuosa. Su conocimiento de la técnica quirúrgica es fundamental, y debe asegurarse de que el entorno esté correctamente preparado, con la mesa y la iluminación adecuadas. Durante la operación, puede alternar entre estar de pie o sentado, siempre manteniendo una postura adecuada. Además, verifica que todos los instrumentos necesarios estén disponibles antes de empezar, y solicita el material por su nombre o mediante gestos acordados con el instrumentista. Los instrumentos que use no deben dejarse en el campo operatorio; al terminar, los devolverá o los colocará con cuidado en la mesa (33).

Primer ayudante: Apoya al cirujano en todo momento, ejecutando las maniobras bajo su supervisión. Aunque puede sugerir alternativas, siempre sigue las órdenes del cirujano. En caso de que el cirujano no pueda

continuar la operación, el ayudante debe estar preparado para asumir el procedimiento, por lo que necesita conocer a fondo la técnica quirúrgica. No tomará decisiones importantes sin que el cirujano lo autorice, y solicitará el material necesario de manera clara y precisa.

Instrumentista: Es encargado de organizar el instrumental, es el primero en prepararse y vestirse de acuerdo con los protocolos quirúrgicos. Su tarea principal es entregar los instrumentos al cirujano de forma rápida y ordenada, manteniendo siempre una disposición constante en la mesa. Debe prever las necesidades del cirujano y estar atento a que se respeten las normas de asepsia. Durante la intervención, mantiene el instrumental limpio y listo para su uso, entregándolo de manera adecuada en la mano del cirujano, con las pinzas cerradas si es necesario. También es su responsabilidad asegurarse de que ningún instrumento quede olvidado en el campo operatorio.

Circulante: O enfermero auxiliar, apoya en labores como la apertura de cajas de artículos esterilizados sin tocándolos directamente, utilizando instrumentos para ello. También, apoya al doctor en la posición del paciente de modo que siga las indicaciones del cirujano, y apoya al asistente en la cuenta de los utensilios. Maneja los utensilios no esterilizados, como los artefactos de electricidad, y una vez que termina, se responsabiliza de limpiar el espacio de trabajo y de deshacerse de los residuos de acuerdo con las normas de bioseguridad.

Este punto de vista colaborativo y planificado garantiza que cada integrante del staff acata su labor de manera correcta, preservando un entorno protegido y planificado durante la operación quirúrgica.

2.2.3.4. Lista de Verificación de Cirugía Segura (LVCS)

En las instituciones sanitarias destinadas a procedimientos de cirugía se utiliza este instrumento, según lo estipulado por el MSP. Aquí se evidenciarán 3 instantes en el transcurso que dura la operación, estas son (14):

- a. Entrada, momento de ingreso al quirófano del equipo de salud,

- b. Pausa quirúrgica, revisión inicial previo al primer corte,
- c. Salida revisión final previo a culminación.

a) Entrada: Se tendrá en cuenta en la comprobación de la identidad, el sitio de la operación, los pasos a seguir y la autorización por escrito y verbal del paciente, el control de la instrumentación quirúrgica, los fármacos administrados y las posibles dificultades de la operación, el pulsioxímetro, el capnógrafo y el estado de la vía aérea, las posibilidades de aspiración y las posibles dificultades de la operación. En este momento es importante corroborar la pre - ordenación de artículos hemodinámicos con la institución.

b) Pausa Quirúrgica: El equipo del personal de salud identificará la agenda de fallecimientos, los instrumentistas médicos y/u ayudantes, estudiarán la esterilidad, la suma de objetos blancos y los utensilios de operación. Aquí se verifica si los antibióticos profilácticos han sido aplicados.

c) Salida: Se corroborará el saldo de los objetos blancos y los utensilios de esterilización, la empacada del paciente, la clasificación de las heridas, la recolección de muestras (en caso de que las etiqueten y las señalen de manera correcta), las dificultades con los implementos y los dispositivos. El equipo de operación examina las partes fundamentales de la etapa de sanación del paciente.

Si uno de los componentes del listado es valorado como alterado, se debe comunicar de manera inmediata al dirigente del equipo quirúrgico con el fin de tomar decisiones y luego se debe hacer un registro en el historial de salud. Todas las votaciones deben cerciorarse de la seguridad del paciente.

El individuo seleccionado para llevar a cabo el Check List será escogido por el equipo de operación. La lista de comprobación será corroborada por la persona responsable de su utilización, el cirujano y el anestesiólogo. Es fundamental, la totalidad de los establecimientos de salud que ejecutan operaciones, anexarán esta información de acuerdo a lo establecido en el Modelo de Manejo de Información de los Formularios del Libro de Recopilación de Salud para el sistema nacional de salud.

2.2.4. Proceso de Atención de Enfermería con Enfoque de Seguridad del Paciente

Es una estrategia integral planificada para cerciorarse de que las atenciones de enfermería se realizan de manera segura, eficaz y económica, intentando minimizar el peligro de acontecimientos indeseados. Este punto de vista se basa en la incorporación de prácticas de seguridad en cada etapa del procedimiento de atención, desde la primera evaluación hasta la conclusión, es una secuencia de acciones y recomendaciones.

A continuación, se detalla el PAE según el tipo de pacientes gineco obstétricas estudiadas(34)

1. Evaluación

En fase inicial, la evaluación se enfoca en la recopilación exhaustiva de datos sobre las pacientes que se someterán a cirugías gineco-obstétricas. Esto comprende un registro médico completo, una antología de obstetricia y ginecología, reacciones alérgicas, remedios actuales, resultados de análisis clínicos y una exploración física particular. La recolección de esta información es importante para determinar los riesgos posibles y planificar un cuidado seguro y particular. También, se revuelcan en los procedimientos oficiales del hospital para cerciorar que la totalidad de las prácticas de diagnóstico se alinean con las legislaciones definidas, de esta manera, se puede detectar alguna anomalía y se asegura una circunstancia segura para los pacientes (35).

2. Diagnóstico

El diagnóstico de enfermería se basa en los datos recopilados durante la evaluación y se centra en identificar problemas de salud reales o potenciales específicos de las pacientes gineco-obstétricas (36). En este contexto, los diagnósticos pueden incluir:

1. Riesgo de infección relacionado con el procedimiento quirúrgico y la invasión del cuerpo.

2. Ansiedad relacionada con la cirugía inminente y el bienestar del bebé.
3. Dolor agudo potencial postoperatorio asociado a la intervención quirúrgica.
4. Riesgo de complicaciones perioperatorias debido a condiciones preexistentes como hipertensión gestacional, diabetes gestacional u otras comorbilidades.

Estos diagnósticos permiten focalizar la atención en áreas críticas que necesitan vigilancia y cuidado intensivo, adaptándose a las necesidades específicas de las pacientes gineco-obstétricas.

3. Planificación

La planificación implica desarrollar un plan de cuidados detallado y personalizado para las pacientes, basado en los diagnósticos de enfermería. Este plan debe establecer objetivos claros y específicos que sean medibles, alcanzables, relevantes y con un límite de tiempo (SMART) (37). Algunos objetivos pueden incluir:

1. La paciente no presentará signos de infección postoperatoria dentro de los primeros 7 días.
2. La ansiedad de la paciente se manejará eficazmente antes de la cirugía mediante técnicas de relajación y educación sobre el procedimiento.
3. El dolor postoperatorio de la paciente se controlará dentro de las primeras 24 horas.
4. Las complicaciones perioperatorias se minimizarán a través de monitoreo constante y manejo adecuado de condiciones preexistentes.

Cada objetivo debe estar acompañado de intervenciones específicas que se alineen con los protocolos estandarizados para garantizar su cumplimiento y la seguridad de las pacientes.

4. Intervenciones

Las intervenciones de enfermería son acciones específicas diseñadas para alcanzar los objetivos establecidos en la planificación y deben estar alineadas con los protocolos estandarizados del hospital (38). Estas son:

Preparación preoperatoria: Asegurar que la paciente y el quirófano se ajusten a los requerimientos de esterilidad y antisepsia, además de garantizar que la paciente esté claramente identificable y que el lugar de la operación sea esterilizado.

1. Educación a la paciente: Ofrecerle información precisa y extensa sobre la operación quirúrgica, esto ayuda a disminuir la ansiedad y aumentar la colaboración de la paciente.
2. Manejo del dolor: Manejar los analgésicos de acuerdo con la receta y examinar regularmente su capacidad, disminuyendo las dosis en caso de que sea necesario para preservar la salud de la paciente.
3. Monitoreo de signos vitales: Verificar de cerca las señales vitales del paciente previo a, durante y postrero en la operación con el fin de detectar y responder a algún inconveniente.
4. Intervenciones postoperatorias: Aplicar protocolos para el manejo de heridas, fomentar la movilización temprana de la paciente y prevenir infecciones mediante técnicas adecuadas de cuidado.

5. Evaluación

La evaluación final implica revisar el cumplimiento de los objetivos establecidos y la efectividad de las intervenciones aplicadas. Esta etapa incluye la documentación del estado del paciente postoperatorio, cualquier complicación surgida y la respuesta de la paciente a las intervenciones. La evaluación permite ajustar el plan de cuidados de manera continua para mejorar los resultados y garantizar la seguridad y el bienestar de la paciente (39).

2.2.5. Implementación de Protocolos Estandarizados de enfermería

El uso de protocolos estandarizados es fundamental para asegurar la seguridad en las cirugías gineco-obstétricas (40). Estos protocolos deben incluir:

1. Check List preoperatorias: Verificación sistemática de la identidad de la paciente, el sitio quirúrgico correcto, el consentimiento informado y las alergias, minimizando errores humanos.
2. Protocolos de esterilización: Procedimientos rigurosos para asegurar que todo el equipo quirúrgico y el entorno cumplan con los estándares de esterilidad.
3. Manejo de medicación: Procedimientos claros para la administración segura de anestesia y otros medicamentos perioperatorios, con especial atención a las dosis y tiempos adecuados.
4. Comunicación efectiva: Estrategias para asegurar una transferencia de información clara y precisa entre todo el equipo quirúrgico y el personal de enfermería, antes, durante y después de la cirugía.
5. Seguimiento postoperatorio: Protocolos detallados para la monitorización y cuidado de la paciente después de la cirugía, incluyendo el manejo del dolor, la movilización temprana y la prevención de infecciones.

2.2.6. Teoría de los Sistemas de Betty Neuman

La Teoría de los Sistemas de Betty Neuman, desarrollada en 1972, conceptualiza a los individuos como sistemas abiertos que interactúan con su entorno. El modelo integral pone el foco en la necesidad de atender y gestionar las causas de ansiedad que tienen la capacidad de influir en la salud del paciente. La teoría es particularmente provechosa en el ámbito de la seguridad del paciente durante operaciones gineco-obstétricas, debido a que posibilita a los especialistas en enfermería la ejecución de estrategias de

protección y administración de riesgos. Aplicando esta teoría en el Hospital de Guayaquil en 2024, se pueden mejorar significativamente los resultados quirúrgicos y la experiencia de las pacientes, asegurando un cuidado holístico y seguro (41).

2.2.6.1. Paciente como Sistema Abierto

Según Neuman, los pacientes son sistemas abiertos que interactúan constantemente con factores internos y externos. Dentro del ámbito de las operaciones gineco-obstétricas, esta perspectiva es importante para entender la manera en la que las variables como el estado de ánimo y la condición corporal de la paciente, el ambiente del hospital y la manera en la que se desenvuelven los integrantes del equipo de salud tienen importancia en la fiabilidad y los provechos de la operación. Una verificación en conjunto implica poder anticipar y mitigar riesgos, tomar en consideración las circunstancias de salud, las comorbilidades y la preparación mental. Al comprender la interacción continua entre la paciente y su entorno, los profesionales de enfermería pueden implementar estrategias efectivas para mantener la estabilidad y seguridad del paciente durante todo el proceso quirúrgico (42).

2.2.6.2. Identificación de Factores Estresantes

Se pueden entender como intrapersonales, interpersonales y extrapersonales. En el contexto de cirugías gineco-obstétricas, los intrapersonales incluyen miedo y ansiedad preoperatoria, los interpersonales abarcan la interacción entre paciente y personal de salud, y los extrapersonales se refieren a condiciones del entorno hospitalario. Identificar y gestionar estos factores es crucial para mantener la estabilidad del paciente y prevenir complicaciones. Por ejemplo, manejar la ansiedad preoperatoria con técnicas de relajación y educación, mejorar la comunicación para mitigar factores interpersonales y adaptar el entorno hospitalario para reducir el estrés ambiental son estrategias clave. Abordar estos factores de manera integral mejora significativamente la seguridad y la experiencia de la paciente (43).

2.2.6.3. Líneas de Defensa y Resistencia

La teoría de Neuman describe varias líneas de defensa y resistencia para proteger al paciente. La línea de defensa flexible se adapta a los factores estresantes, mientras que la línea de defensa normal representa el estado de equilibrio del paciente. Las líneas de resistencia actúan cuando los factores estresantes atraviesan las defensas y amenazan la estabilidad del sistema. Durante las operaciones gineco-obstétricas, las defensas que contienen son las prácticas de asepsia, la administración de dolor y el sustento emocional. Implementar tácticas que promuevan estas defensas es fundamental para evitar infecciones, controlar el dolor y proveer asistencia psicológica. Por ejemplo, preservar las prácticas esterilizantes con rigor y proveer la correcta analgesia son acciones fundamentales. Estas defensas le protegen al paciente durante la operación y le brindan una mayor rapidez y seguridad en la recuperación (44).

2.2.6.4. Intervenciones Primarias, Secundarias y Terciarias

Neuman propone intervenciones a tres niveles: primarias, secundarias y terciarias. Las intervenciones primarias se enfocan en la prevención de factores estresantes antes de que afecten al paciente, como la educación preoperatoria y la preparación psicológica. Las intervenciones secundarias abordan los factores estresantes una vez que han aparecido, mediante el monitoreo continuo durante la cirugía y el manejo del dolor. Las intervenciones terciarias se centran en la rehabilitación y recuperación postoperatoria, asegurando que las pacientes reciban el apoyo necesario para su recuperación completa. En el contexto de cirugías gineco-obstétricas, aplicar estas intervenciones sistemáticamente puede mejorar significativamente la seguridad y los resultados para las pacientes. Preparar a las pacientes mental y físicamente antes de la cirugía puede reducir la ansiedad y mejorar los resultados quirúrgicos (45).

2.2.6.5. Comunicación Efectiva y Trabajo en Equipo

La teoría de Neuman acapara la importancia de la labor comunicativa y el trabajo en conjunto para la administración de riesgos y la preservación de la

salud del paciente. Durante las operaciones gineco-obstétricas, es importante que los integrantes del staff de salud se comuniquen de manera clara y precisa para que la coordinación sea correcta y se minimice el peligro de equivocaciones. Implementar sistemas de comunicación eficientes puede mejorar significativamente la seguridad del paciente. Esto incluye reuniones preoperatorias para discutir los planes quirúrgicos, el uso de listas de verificación para asegurar que todos los pasos críticos se completen y la documentación precisa de todas las intervenciones. Un entorno de trabajo colaborativo que fomente la comunicación abierta y el apoyo mutuo contribuye a un cuidado más seguro y efectivo (46).

2.2.6.6. Capacitación y Formación Continua

La capacitación y formación continua del personal de enfermería son componentes esenciales de la teoría de Neuman. En el entorno quirúrgico gineco-obstétrico, la formación continua en las mejores prácticas y protocolos de seguridad permite a los profesionales de salud mantenerse actualizados y competentes. Los planes de estudios de educación permanente y las simulaciones de las operaciones quirúrgicas pueden aumentar la capacidad del personal y disminuyen la posibilidad de equivocarse. Neuman indica que el conocimiento y las habilidades del personal de enfermería son fundamentales para hallar y manejar las causas de estrés de manera correcta. Invertir en el entrenamiento constante no sólo aumenta la seguridad del paciente, sino que además genera una cultura de alta calidad en la atención. Esto incluye entrenamientos en nuevas tecnologías, procedimientos actualizados y manejo de emergencias (47).

2.2.6.7. Evaluación y Retroalimentación Continua

La evaluación continua y la retroalimentación son fundamentales para la teoría de Neuman. Implementar sistemas de evaluación que monitoreen la efectividad de las intervenciones y permitan ajustes en tiempo real es crucial para mejorar la seguridad del paciente en cirugías gineco-obstétricas. Estos sistemas deben incluir la documentación detallada de los resultados y la retroalimentación constante al personal para fomentar una cultura de mejora continua. Evaluaciones regulares y revisiones de casos pueden identificar

áreas de mejora y promover prácticas más seguras. Neuman resalta que un enfoque proactivo en la evaluación y la retroalimentación no solo mejora la calidad del cuidado, sino que también fortalece la capacidad del sistema de salud para adaptarse y responder a nuevos desafíos, garantizando así una atención segura y de alta calidad (48).

2.3 MARCO LEGAL

2.3.1. Constitución Nacional del Ecuador 2021

Artículo 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (49).

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (49).

2.1.2. Plan de Desarrollo para el Nuevo Ecuador 2024-2025

La participación de la ciudadanía en la construcción del PND identificó las principales problemáticas y propuestas de soluciones en las siguientes temáticas: Salud integral (49).

En materia de salud, la población demanda de mayor inversión pública en infraestructura, personal de salud e insumos, que permitan garantizar el acceso universal y de calidad a estos servicios. Se considera urgente que el Estado trabaje en la implementación de programas de salud mental para reducir las estadísticas de pacientes con depresión, ansiedad y otras enfermedades psiquiátricas. Varios ciudadanos expresaron preocupación

por el aumento del suicidio en los últimos años, destacando la necesidad de intervención inmediata por parte del Estado (49).

La ciudadanía expresó que, actualmente no cuentan con un sistema de salud que garantice la atención oportuna y de calidad. La población observa un aumento de la desigualdad de acceso en los últimos años, especialmente visible entre las zonas rurales y urbanas debido a condiciones socioeconómicas desfavorables (49).

2.1.3. Ley Orgánica de Salud 2022

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública (51):

1. Definir y promulgar la política nacional de salud con base en los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley, así como aplicar, controlar y vigilar su cumplimiento;

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;

6. Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera;

14. Regular, vigilar y controlar la aplicación de las normas de bioseguridad, en coordinación con otros organismos competentes;

24. Regular, vigilar, controlar y autorizar el funcionamiento de los establecimientos y servicios de salud, públicos y privados, con y sin fines de lucro, y de los demás sujetos a control sanitario;

25. Regular y ejecutar los procesos de licenciamiento y certificación; y, establecer las normas para la acreditación de los servicios de salud.

2.1.4. Manual de seguridad del paciente del Ministerio de Salud Pública

En los servicios quirúrgicos se presentan con frecuencia eventos adversos que afectan a los pacientes hospitalizados, estos eventos son prevenibles si se utilizan correctamente las herramientas pertinentes de seguridad del paciente como por ejemplo la LVCS, sugerida por la Organización Mundial de la Salud, modificada para el Ecuador (14).

La LVCS es un instrumento que utilizan los especialistas en medicina para aumentar la fiabilidad de sus procedimientos, disminuir el número de dificultades y disminuir las muertes no deseadas durante las operaciones. Su utilización se relaciona a una importante reducción de las tasas de dificultades y fallecimientos en diferentes clínicas, ambientes y a una mayor observancia de las normas de atención primaria (14).

El objetivo es mejorar la seguridad durante los procesos quirúrgicos reduciendo el riesgo de error en los pacientes sometidos a estos procedimientos. Para lo cual se requiere aplicar la LVCS según OMS modificada para el Ecuador (14).

CAPITULO III

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Nivel: Descriptivo, esta metodología se utiliza para describir, detallar, explorar a profundidad las características de un fenómeno o de una población en un momento específico sin intervenir o modificar las variables de estudio (52). En el contexto de este estudio, se emplearía para observar y documentar las condiciones, prácticas, y resultados de la seguridad del paciente durante cirugías gineco obstétricas ambulatorias, identificando patrones, frecuencias, y posibles correlaciones entre variables como tipos de cirugía, incidencia de complicaciones, medidas de seguridad empleadas, etc.

Método: Cuantitativo, este método se basa en la cuantificación de los datos, lo que permite un análisis estadístico para determinar patrones y tendencias (52). En el contexto de la seguridad del paciente en cirugías gineco obstétricas, implicaría la recopilación de datos numéricos sobre incidentes, tipos de procedimientos realizados, duraciones de las cirugías, y otras variables cuantificables relacionadas con los resultados de seguridad.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Diseño: No experimental, en este caso, el investigador no manipula variables ni asigna aleatoriamente a los sujetos a diferentes grupos, sino que observa los eventos en su curso natural (53). Este tipo de diseño es adecuado para el estudio propuesto, ya que se enfocaría en observar y registrar los procedimientos y la seguridad del paciente tal como ocurren en la práctica clínica diaria sin intervención del investigador.

Según el tiempo: Prospectivo, porque recolecta datos hacia adelante en el tiempo (54). Esto significa que, en este caso, se empezaría a recoger datos desde un punto inicial en 2024 y se continuaría durante un período establecido, permitiendo seguir los eventos o cambios a medida que se desarrollan.

Según la ocurrencia de los hechos: Transversal, porque se examina datos en un único punto en el tiempo, o durante un corto período, sin seguir a los sujetos a lo largo del tiempo (55). Para el estudio propuesto, esto significaría recoger datos de todos los procedimientos realizados durante un período específico en 2024 para obtener una instantánea de la seguridad del paciente en ese contexto y tiempo específicos.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población y muestra: En investigación, la población se refiere al conjunto completo de individuos, objetos o eventos que comparten una o más características comunes y que son de interés para el estudio. Es el grupo total sobre el cual se desea hacer inferencias o generalizar los resultados de la investigación (56). Mientras tanto, la muestra es un subconjunto representativo de la población que se selecciona para participar en un estudio, utilizada para hacer inferencias sobre la población total, permitiendo realizar el estudio de manera más manejable y económica sin necesidad de examinar a cada miembro de la población (57).

Comprende 100 profesionales de salud que desempeñen sus funciones dentro del centro quirúrgico obstétrico. La muestra estuvo conformada por el 100% de la población.

3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

a) Criterios de Inclusión:

- Profesionales de salud (médicos cirujanos, anesthesiólogos, instrumentista, circulante) que laboren en el centro quirúrgico obstétrico.
- Profesionales de salud que acepten participar de forma voluntaria.

b) Criterios de exclusión:

- Profesionales de salud de otras áreas incluyendo centros quirúrgicos no obstétricos.
- Profesionales de salud que no acepten participar en el estudio.

3.5. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica: Observación directa, es una técnica de recolección de datos en la que el investigador observa y registra de manera sistemática el comportamiento o los eventos tal como ocurren en su entorno natural o en un contexto específico. Esta técnica permite obtener información de primera mano sin la intervención del investigador en las situaciones observadas, asegurando así que los datos recolectados reflejen fielmente la realidad del fenómeno estudiado (58).

Instrumento: Check List según la LVCS del MSP (18).

3.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento de los datos obtenidos mediante la hoja de chequeo aplicada se trasladará a una matriz de Excel para su organización de acuerdo con las variables de estudio, para luego procesarse en la aplicación SPSS versión 29 para la creación de tablas de frecuencia y gráficos estadísticos que sean fáciles de interpretar para los lectores.

3.7. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LAS INVESTIGACIONES CON SUJETOS HUMANO

Dado que la investigación se centra en la seguridad del paciente en las cirugías gineco obstétricas en el Hospital General IESS Los Ceibos del norte de Guayaquil, se solicitó autorización a la unidad asistencial mediante el departamento de docencia e investigación, además del coordinador del centro quirúrgico para mayor solvencia.

3.8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable general: Seguridad del paciente en las cirugías gineco obstétricas.

Tabla 1. Operacionalización de variables

Dimensión	Indicadores	Escala
Tipo de cirugía	Tipo de procedimiento	Cesárea Histerectomía Miomectomía Cirugía laparoscópica Episiotomía y reparación Cirugía para el manejo de la placenta previa o acretismo placentario Cirugía de prolapsos pélvicos Otros
Antes de la inducción a la anestesia	El paciente ha confirmado: - Su identidad - Sitio quirúrgico - El procedimiento - Su consentimiento verbal y escrito	Si No
	Demarcación del sitio quirúrgico	Si No No procede
	Se ha completado el control formal del instrumental anestésico, medicación y riesgo anestésico: - Equipo de intubación - Equipo de aspiración de la vía aérea - Sistema de ventilación <ul style="list-style-type: none"> • Oxígeno • Fármacos inhalados • Medicación 	Si No
	Pulsioxímetro colocado en el paciente y funcionando	Si No
	Capnógrafo colocado y funcionando	Si No No procede
	Tiene el paciente alergias conocidas	Si No Cuáles_____
	Vía aérea difícil/riesgo de	Si, y hay instrumental y

	aspiración	equipos disponibles No
	Riesgo de hemorragia >500 ml (7ml/kg en niños)	Si, y se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y líquidos adecuados No
	Se ha confirmado la reserva de hemoderivados con el laboratorio	Si No No aplica
Antes de la incisión del paciente	Confirmación que todos los miembros del equipo se han presentado por su nombre y función	Si No
	Responsable de la lista de chequeo confirma verbalmente con el equipo quirúrgico - Identidad del paciente - Sitio quirúrgico - Procedimiento (lateralidad)	Si No
	El anesthesiólogo expresa algún problema específico	Si No
	Equipo de enfermería y/o instrumentación quirúrgica revisa: - Esterilidad (con resultado de indicadores e integradores químicos internos y externos) - Recuento INICIAL de material blanco e Instrumental quirúrgico - Dudas o problemas relacionados con el instrumental y equipos	Si No
	Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos	Si No No procede
	Dispone de imágenes diagnósticos esenciales para el procedimiento quirúrgico	Si No No procede
Antes de la salida del paciente de quirófano	El responsable de la lista de chequeo confirma verbalmente con el equipo quirúrgico: - El recuento final de material blanco e instrumental quirúrgico (previo al cierre) esté completo - Hubo necesidad de empaquetar al paciente	Si No

	Registre el número de compresas	# de compresas
	Clasificación de la herida	Limpia Limpia-contaminada Contaminada Sucia
	Toma de muestras	Si No
	Etiquetado de las muestras (nombres y apellidos completos del paciente, historia clínica, fecha)	Si No
	Si hay problemas que resolver, relacionados con el instrumental y los equipos	Si No Cuáles: _____
	El cirujano, el anestesiólogo y el personal de enfermería revisan los principales aspectos de la recuperación del paciente	Si No

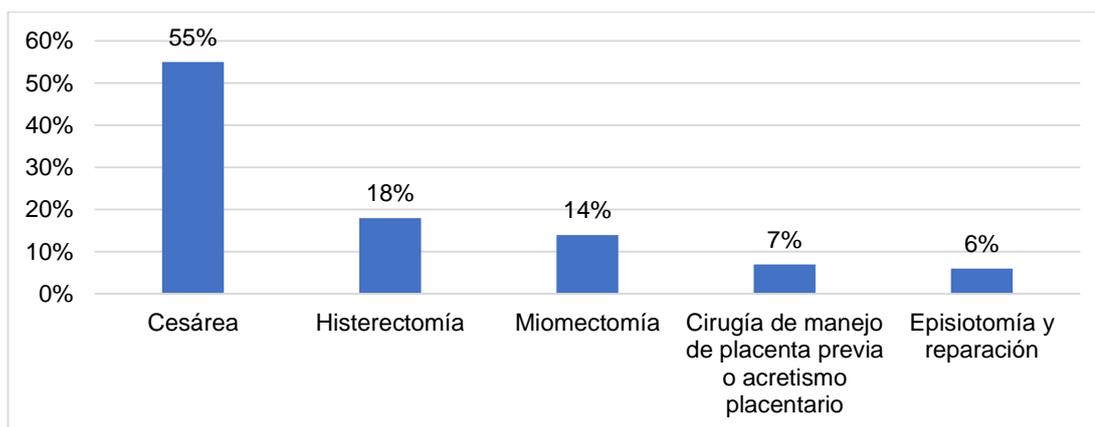
Elaborado por: Mora Bolaños Danny Nayin y Cevallos Vega Sammy Nicole.

CAPITULO IV

4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

OBJETIVO 1: TIPO DE CIRUGÍAS

Figura 1. Tipo de cirugía



Fuente: Obtenido de Check List en pacientes de centro gineco obstétrico. Elaborado por: Mora Bolaños Danny Nayin y Cevallos Vega Sammy Nicole.

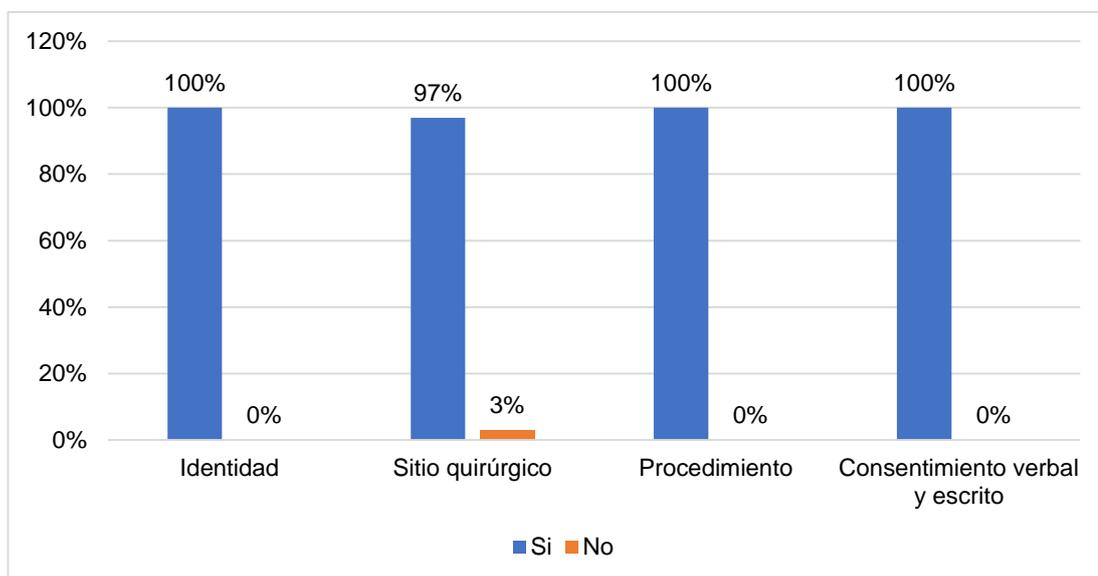
Análisis:

La cesárea es el tipo de cirugía más frecuente, representando casi la mitad de las cirugías realizadas (55%). Esto es consistente con la tendencia global en muchos centros obstétricos donde las cesáreas son comunes, tanto por razones médicas como por decisiones electivas. La histerectomía y la miomectomía también son procedimientos relativamente comunes, con 18% y 14% respectivamente, lo que refleja la prevalencia de condiciones ginecológicas como los miomas uterinos y otros trastornos que requieren estas intervenciones.

La conformación de este patrón de distribución de procedimientos quirúrgicos manifiesta las intenciones y requerimientos del hospital gineco-obstétrico. El elevado número de cesáreas deriva de la importancia del procedimiento en el ámbito de la atención obstétrica del hospital, esto puede estar relacionado con el censo de las pacientes, las reglas médicas, o las maneras de nacer en el establecimiento.

OBJETIVO 2: ANTES DE LA ANESTESIA

Figura 2. Se confirman datos del paciente



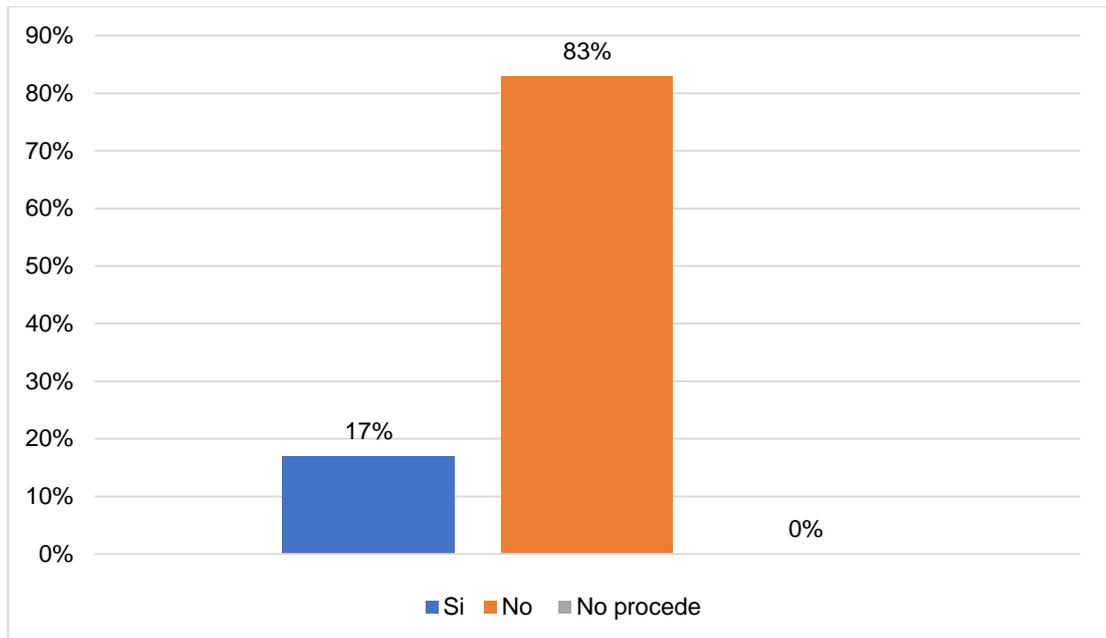
Fuente: Obtenido de Check List en pacientes de centro gineco obstétrico. Elaborado por: Mora Bolaños Danny Nayin y Cevallos Vega Sammy Nicole.

Análisis:

El promedio de cumplimiento global en la confirmación de datos del paciente es de 99,2% que incluye aspectos como la identidad del paciente, el procedimiento y el consentimiento verbal y escrito, alcanzando un 100% en cada uno de estos parámetros. Este resultado muestra la eficacia de las medidas implementadas para evitar errores graves, como la intervención a un paciente incorrecto, otro tipo de cirugía o sin la debida autorización.

No obstante, aunque la comprobación del sitio quirúrgico muestra un cumplimiento del 97%, es importante destacar que en 3% de los casos no se llevó a cabo dicha actividad, esto constituye un aspecto preocupante, ya que tiene implicaciones significativas en la confirmación del procedimiento y representa un riesgo considerable para la seguridad del paciente, especialmente en el contexto quirúrgico, donde la precisión es esencial para evitar complicaciones.

Figura 3. Demarcación del sitio quirúrgico

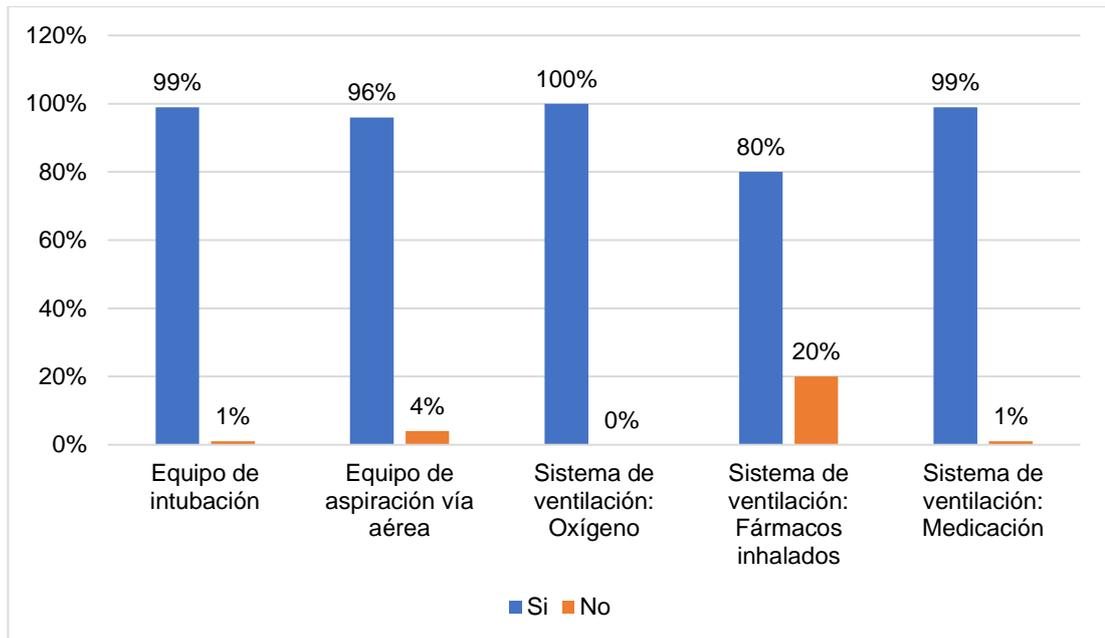


Fuente: Obtenido de Check List en pacientes de centro gineco obstétrico. Elaborado por: Mora Bolaños Danny Nayin y Cevallos Vega Sammy Nicole.

Análisis:

La figura muestra un incumplimiento notable en la demarcación del sitio quirúrgico, con un 83% de casos en los que no se procede a realizar esta práctica esencial de seguridad, mientras que solo un 17% la ejecuta adecuadamente, de modo que se nota una deficiencia en la implementación de protocolos de cirugía segura, relacionado con la falta de capacitación o supervisión en el equipo médico, una baja adherencia a las normas establecidas y/o la inexistencia de un sistema eficiente de monitoreo. Este tipo de omisiones incrementa el riesgo de errores quirúrgicos, que compromete directamente la seguridad del paciente gineco-obstétrico.

Figura 4. Control formal de instrumental anestésico y medicación

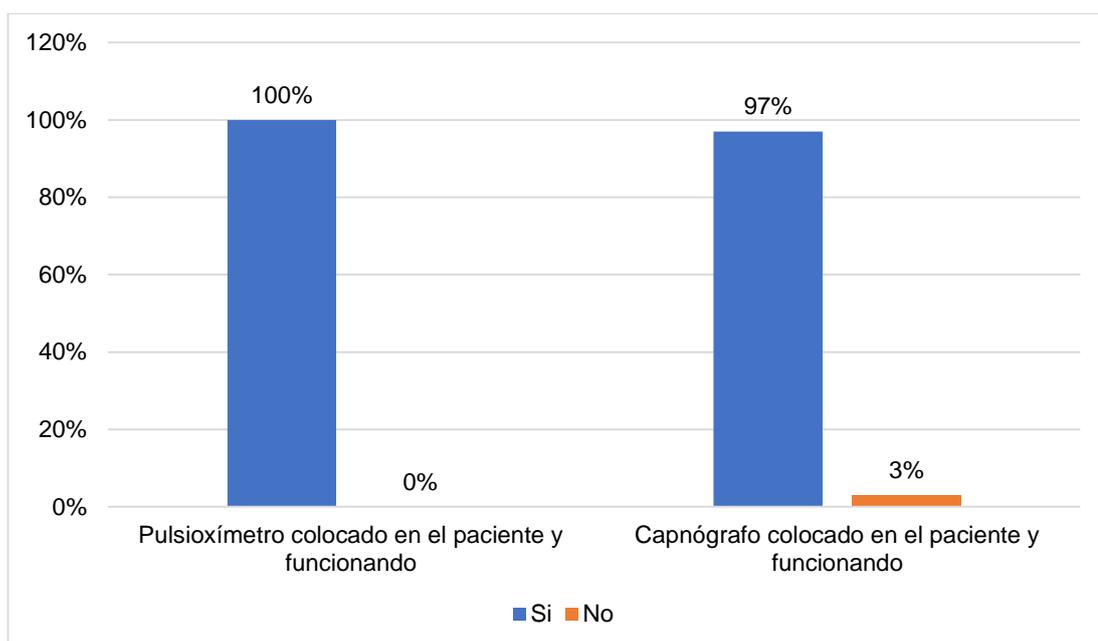


Fuente: Obtenido de Check List en pacientes de centro gineco obstétrico. Elaborado por: Mora Bolaños Danny Nayin y Cevallos Vega Sammy Nicole.

Análisis:

EL 94,8% cumplen con el control formal de instrumental anestésico y médico. El principal problema identificado en el control del sistema de ventilación con fármacos inhalados, donde un 20% no cumple con el protocolo, la omisión de esta actividad puede derivar en una administración incorrecta de la anestesia, que puede causar desde una sedación inadecuada hasta una sobredosificación, aumentando el riesgo de complicaciones respiratorias, inestabilidad hemodinámica o, en casos extremos, eventos adversos graves como la hipoxia o el paro cardiorrespiratorio; de modo que, la falta de control en este aspecto compromete la efectividad del procedimiento anestésico, poniendo en peligro la vida del paciente y el éxito de la intervención quirúrgica.

Figura 5. Colocación de pulsioxímetro y capnógrafo



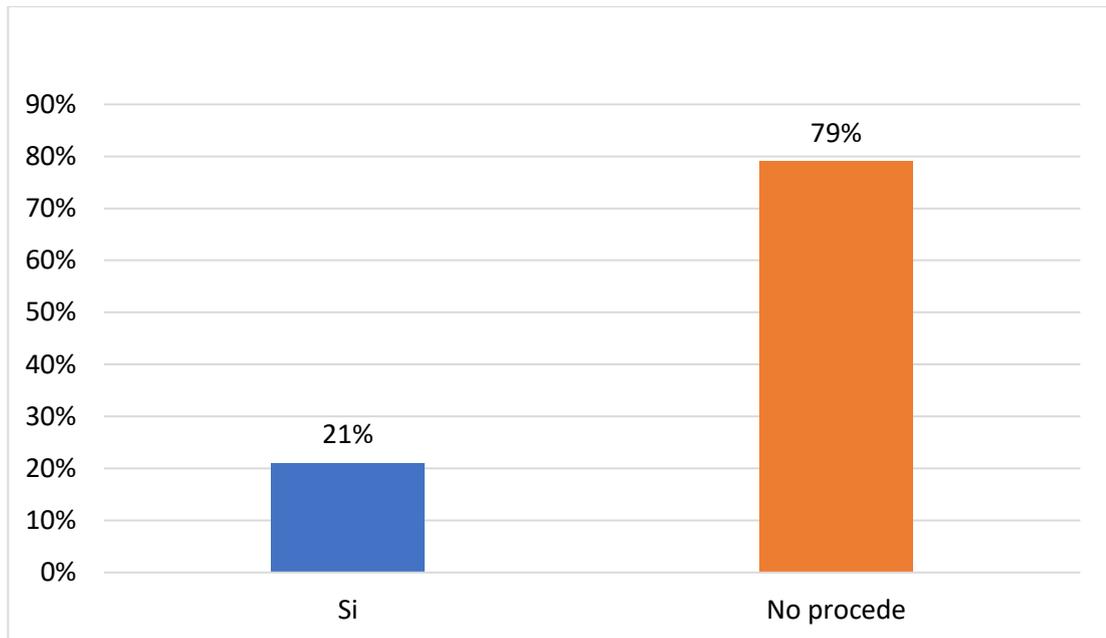
Fuente: Obtenido de Check List en pacientes de centro gineco obstétrico. Elaborado por: Mora Bolaños Danny Nayin y Cevallos Vega Sammy Nicole.

Análisis:

La figura 5, evidencia que en el 100% de los casos se cumplió con este protocolo fundamental para el monitoreo constante de la saturación de oxígeno durante la intervención quirúrgica. Este alto porcentaje deja entrever la consistencia en la aplicación de medidas de seguridad vitales para la vigilancia del estado del paciente en tiempo real. La falta de monitoreo continuo podría conllevar riesgos significativos en la identificación temprana de complicaciones respiratorias durante la cirugía.

El 97% de los casos se cumplió con esta medida esencial para el monitoreo del dióxido de carbono exhalado, lo que es importante para evaluar la ventilación adecuada del paciente bajo anestesia. Sin embargo, se evidencia un 3% de casos en los que el capnógrafo no fue colocado o no funcionó, lo que, aunque minoritario, es significativo, ya que la ausencia de este monitoreo puede limitar la capacidad de los profesionales para detectar problemas respiratorios durante la intervención.

Figura 6. Tiene alergias conocidas

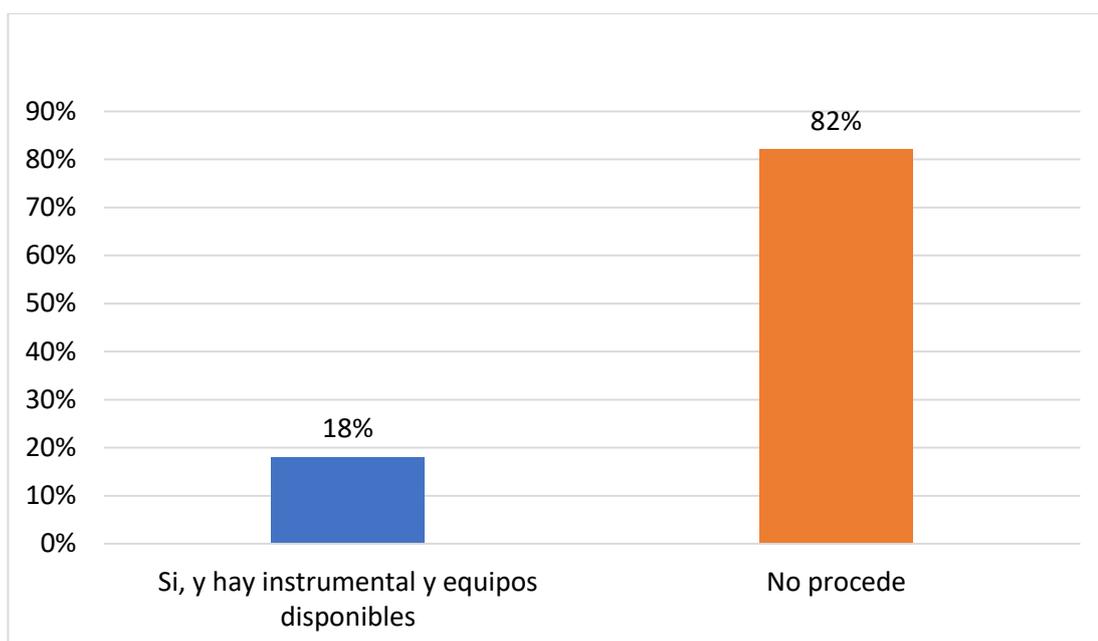


Fuente: Obtenido de Check List en pacientes de centro gineco obstétrico. Elaborado por: Mora Bolaños Danny Nayin y Cevallos Vega Sammy Nicole.

Análisis:

El 21% de los pacientes tenía alergias previamente conocidas y registradas, mientras que el 79% no presentó alergias conocidas. Este hallazgo es significativo, ya que, aunque la mayoría de los pacientes no reporta alergias, la identificación y registro de estas en aquellos que sí las tienen es necesario para prevenir reacciones adversas durante la intervención quirúrgica.

Figura 7. Vía aérea difícil/riesgo de aspiración

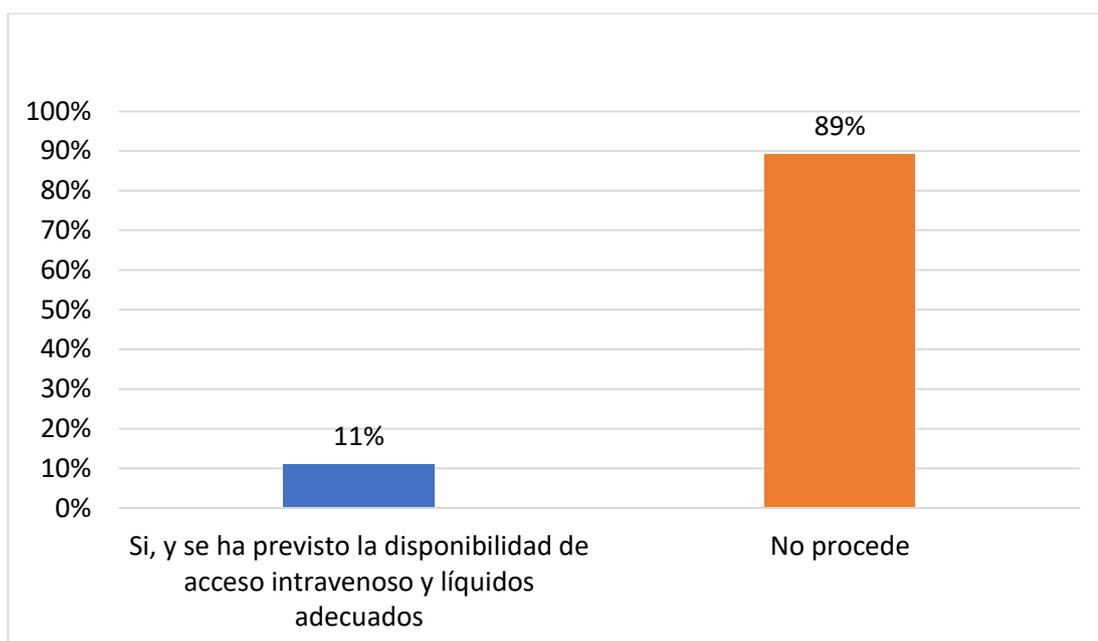


Fuente: Obtenido de Check List en pacientes de centro gineco obstétrico. Elaborado por: Mora Bolaños Danny Nayin y Cevallos Vega Sammy Nicole.

Análisis:

El 18% de los pacientes presentaron esta condición, para la cual se contó con el instrumental y equipos necesarios disponibles. Este porcentaje sugiere que la mayoría de los pacientes no presentó complicaciones significativas en este aspecto, lo que facilita el manejo anestésico y reduce el riesgo de complicaciones durante la cirugía, resaltando la importancia de mantener un estado de alerta constante y una preparación adecuada para aquellos casos menos frecuentes en los que sí se identifican dificultades.

Figura 8. Riesgo de hemorragia >500 ml

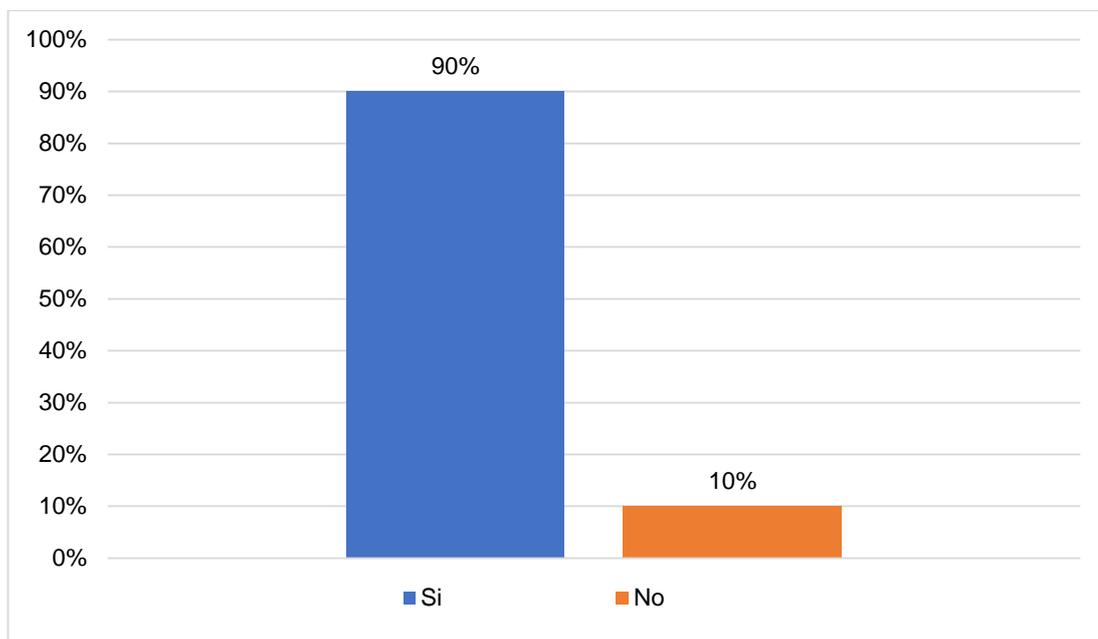


Fuente: Obtenido de Check List en pacientes de centro gineco obstétrico. Elaborado por: Mora Bolaños Danny Nayin y Cevallos Vega Sammy Nicole.

Análisis:

En el 11% de los casos se previó este riesgo y se aseguró la disponibilidad de acceso intravenoso y líquidos adecuados para su manejo. Este bajo porcentaje refleja que la mayoría de los pacientes no presentaba un riesgo significativo de hemorragia, lo que puede asociarse con procedimientos de menor complejidad o con un estado de salud general favorable, evidenciando que el perfil de riesgo hemorrágico en esta población específica es bajo. No obstante, para el pequeño porcentaje en el que se prevé este riesgo, la preparación y disponibilidad de recursos son importantes para manejar de manera efectiva cualquier complicación hemorrágica que pudiera surgir.

Figura 9. Se ha confirmado la reserva de hemoderivados en el laboratorio



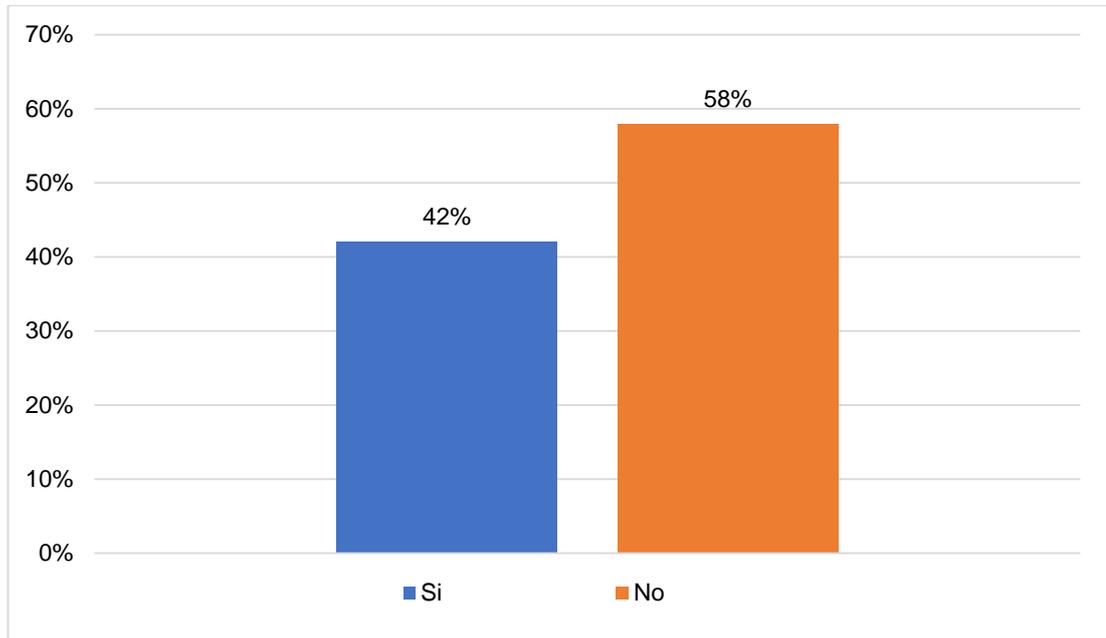
Fuente: Obtenido de Check List en pacientes de centro gineco obstétrico. Elaborado por: Mora Bolaños Danny Nayin y Cevallos Vega Sammy Nicole.

Análisis:

En el 90% de los casos se realizó esta confirmación, lo cual es importante para garantizar la disponibilidad de productos sanguíneos en caso de que se presenten complicaciones hemorrágicas durante la intervención quirúrgica. Este alto porcentaje de cumplimiento refleja una adecuada preparación y previsión por parte del equipo quirúrgico, lo que contribuye significativamente a la seguridad del paciente. Sin embargo, es importante destacar que en el 10% de los casos no se confirmó la reserva de hemoderivados, lo que podría representar un riesgo potencial en situaciones donde se requiera una transfusión urgente.

OBJETIVO 3: ANTES DE INCISIÓN

Figura 10. Confirmación que todos han dicho su nombre y función

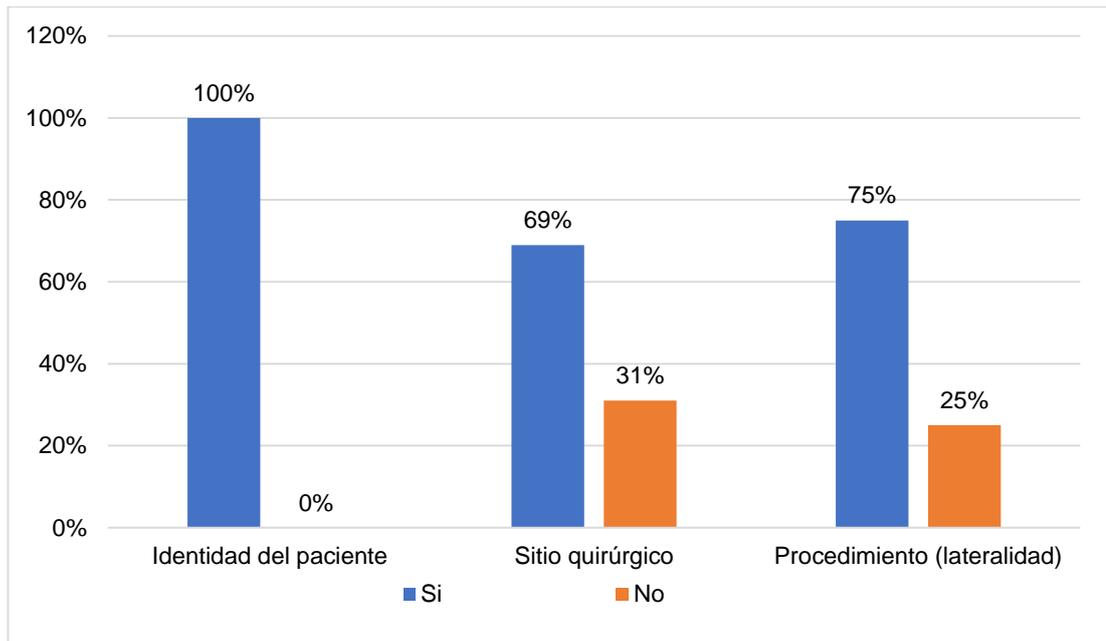


Fuente: Obtenido de Check List en pacientes de centro gineco obstétrico. Elaborado por: Mora Bolaños Danny Nayin y Cevallos Vega Sammy Nicole.

Análisis:

En el 58% de los casos no se realiza la presentación de todos los miembros del equipo por su nombre y función. La omisión de esta actividad puede generar confusión durante la intervención quirúrgica, afectando la coordinación y comunicación efectiva entre los profesionales, incrementando el riesgo de errores humanos y fallos en la asignación de responsabilidades. Este tipo de fallos compromete la calidad del trabajo en equipo y puede afectar el flujo de la cirugía, aumentando las probabilidades de eventos adversos que podrían haberse evitado con una comunicación clara desde el inicio del procedimiento.

Figura 11. Confirmación verbal con el equipo quirúrgico

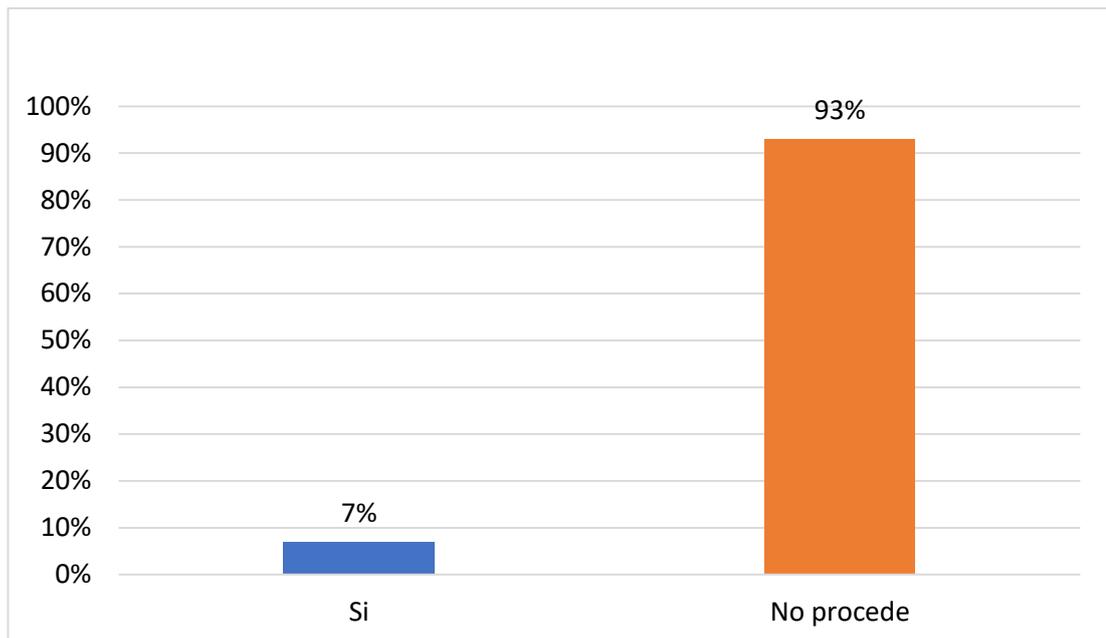


Fuente: Obtenido de Check List en pacientes de centro gineco obstétrico. Elaborado por: Mora Bolaños Danny Nayin y Cevallos Vega Sammy Nicole.

Análisis:

La comunicación verbal de la identidad del paciente se cumple en su totalidad; sin embargo, en la confirmación del sitio quirúrgico, un 31% no realiza esta verificación, así como no verifican el procedimiento en el 25%. La omisión de estas actividades puede derivar en la intervención en un sitio incorrecto o intervención equivocada, causando daños innecesarios al paciente y llevar a complicaciones graves que requerirían cirugías adicionales para corregir los errores, incrementando el riesgo de eventos adversos que podrían haberse evitado antes de la incisión.

Figura 12. El anestesiólogo expresa algún problema específico

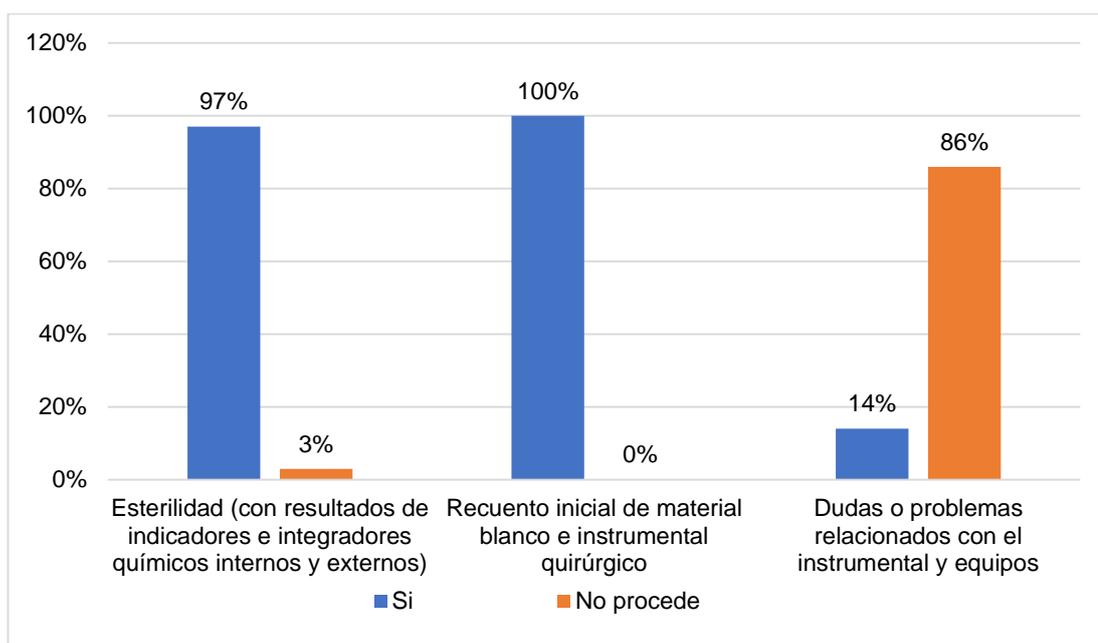


Fuente: Obtenido de Check List en pacientes de centro gineco obstétrico. Elaborado por: Mora Bolaños Danny Nayin y Cevallos Vega Sammy Nicole.

Análisis:

En el 7% de los casos se expresó algún problema particular, mientras que en el 93% restante no se identificaron complicaciones previas, se sugiere que, aunque la mayoría de los procedimientos se desarrollaron sin complicaciones anestésicas anticipadas, existe un porcentaje significativo de casos en los que se identificaron desafíos específicos que requerían atención.

Figura 13. Equipo de enfermería y/o instrumentación quirúrgica revisa



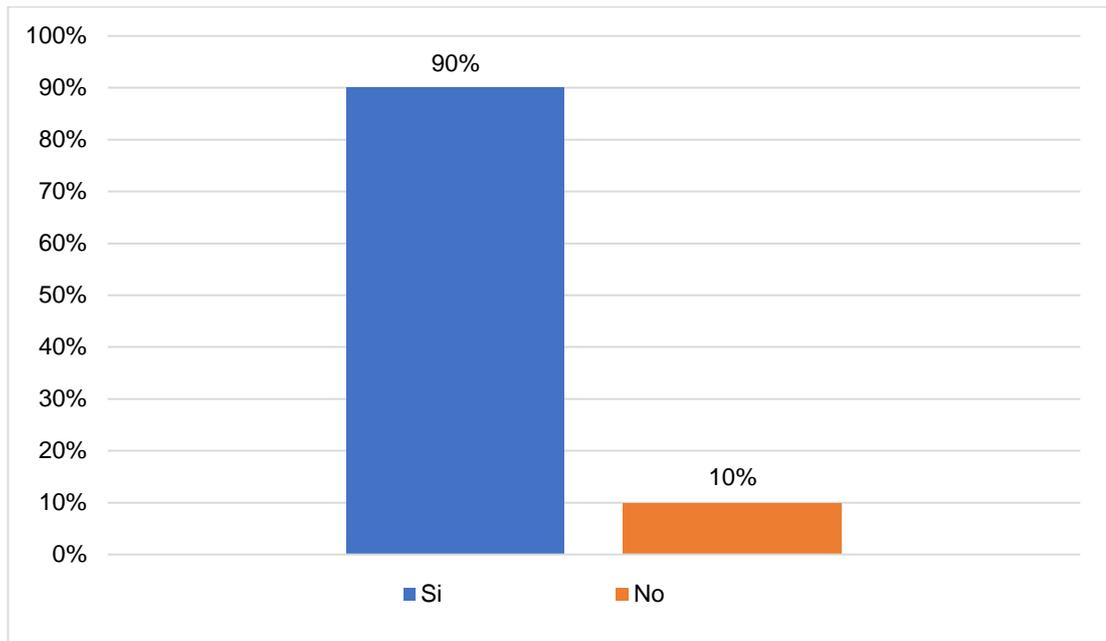
Fuente: Obtenido de Check List en pacientes de centro gineco obstétrico. Elaborado por: Mora Bolaños Danny Nayin y Cevallos Vega Sammy Nicole.

Análisis:

En primer lugar, se observa un cumplimiento del 97% en la verificación de la esterilidad, lo que incluye la revisión de los resultados de indicadores e integradores químicos, asegurando que el material utilizado en la cirugía esté generalmente esterilizado y apto para su uso. En segundo lugar, el recuento inicial de material blanco y de instrumental quirúrgico muestra un cumplimiento total del 100%.

Por último, en lo que respecta a las dudas o problemas relacionados con el instrumental y equipos, se identificó que en el 14% de los casos el equipo de enfermería expresó preocupaciones o dificultades, mientras que en el 86% no se reportaron problemas. Este último punto es significativo, ya que refleja que, aunque la mayoría de los procedimientos se desarrollaron sin contratiempos en cuanto al equipo, hay un cuarto de los casos en los que se presentaron desafíos que podrían haber requerido ajustes o soluciones inmediatas.

Figura 14. Administración de profilaxis antibiótica

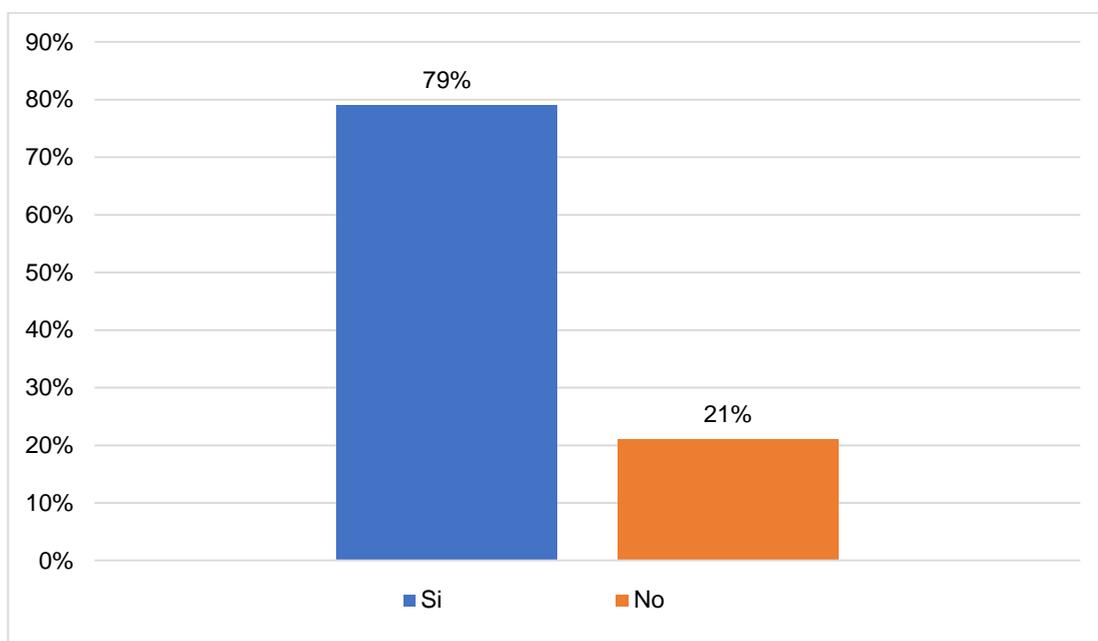


Fuente: Obtenido de Check List en pacientes de centro gineco obstétrico. Elaborado por: Mora Bolaños Danny Nayin y Cevallos Vega Sammy Nicole.

Análisis:

En el 90% de los casos esta medida preventiva fue cumplida, lo cual es necesario para reducir el riesgo de infecciones postoperatorias y asegurar una recuperación segura para el paciente. Este alto porcentaje de cumplimiento refleja la adherencia del equipo quirúrgico a las recomendaciones establecidas para la profilaxis antibiótica, lo que contribuye significativamente a la seguridad del procedimiento.

Figura 15. Dispone de imágenes diagnósticas esenciales para el procedimiento quirúrgico



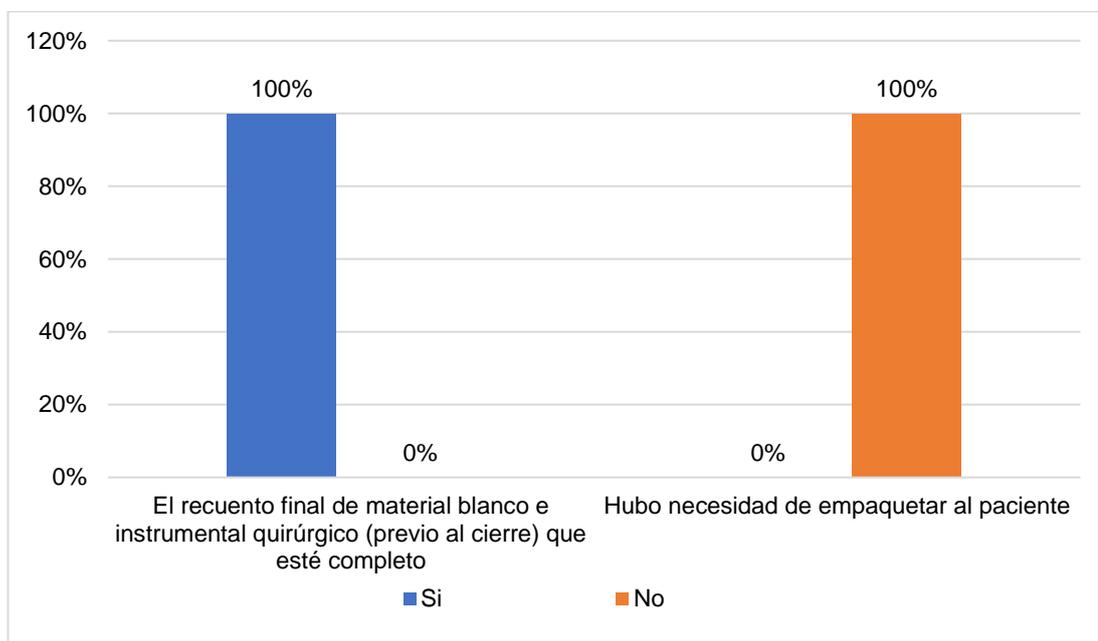
Fuente: Obtenido de Check List en pacientes de centro gineco obstétrico. Elaborado por: Mora Bolaños Danny Nayin y Cevallos Vega Sammy Nicole.

Análisis:

En cuanto a la disponibilidad de imágenes diagnósticas esenciales, hubo un 79% de cumplimiento; sin embargo, en el 21% de los casos no se dispone de estas imágenes previas al procedimiento quirúrgico. La falta de acceso a dichas imágenes es producto de una planificación insuficiente de la intervención, lo que resulta en diagnósticos incorrectos o en la ejecución de procedimientos inapropiados que aumentan el riesgo de complicaciones intraoperatorias.

OBJETIVO 4: ANTES DE CULMINAR

Figura 16. El responsable del chequeo confirma verbalmente con el equipo quirúrgico



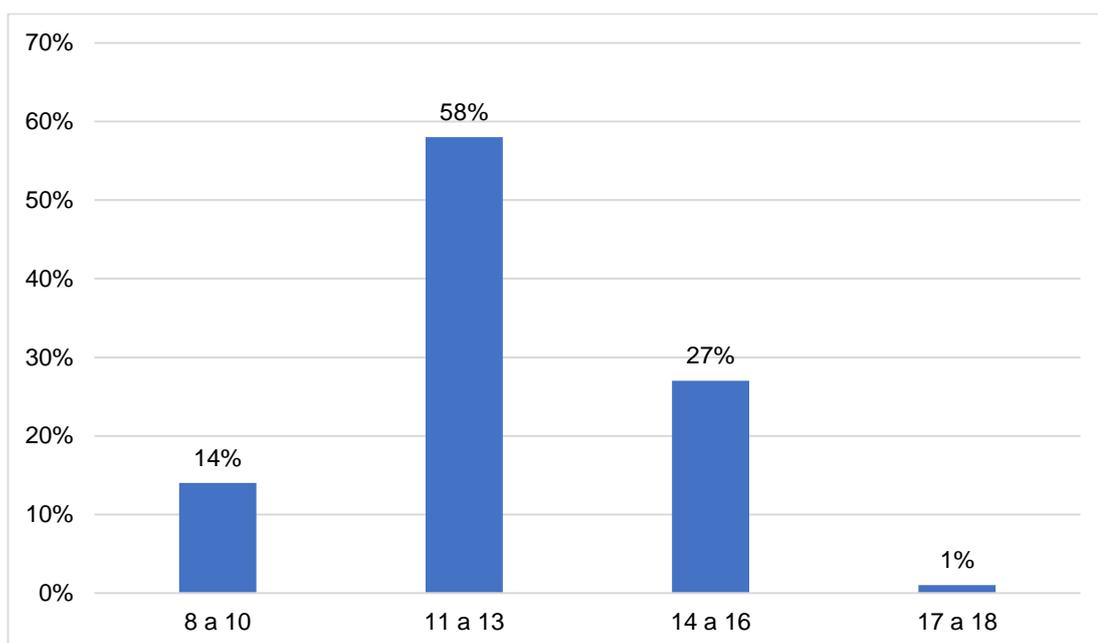
Fuente: Obtenido de Check List en pacientes de centro gineco obstétrico. Elaborado por: Mora Bolaños Danny Nayin y Cevallos Vega Sammy Nicole.

Análisis:

Se observa que el recuento final de material blanco e instrumental quirúrgico previo al cierre se completó en el 100% de los casos, lo que es fundamental para asegurar que no queden objetos dentro del paciente, previniendo complicaciones graves en el postoperatorio. Este resultado demuestra un riguroso cumplimiento de los protocolos de seguridad establecidos.

Por otro lado, la no necesidad de empaquetar al paciente se identificó en un 100% de los casos, este procedimiento específico está relacionado con el manejo de condiciones particulares del paciente, como la necesidad de inmovilización o protección adicional, es relevante para asegurar un traslado seguro del paciente fuera del quirófano.

Figura 17. Número de compresas utilizadas

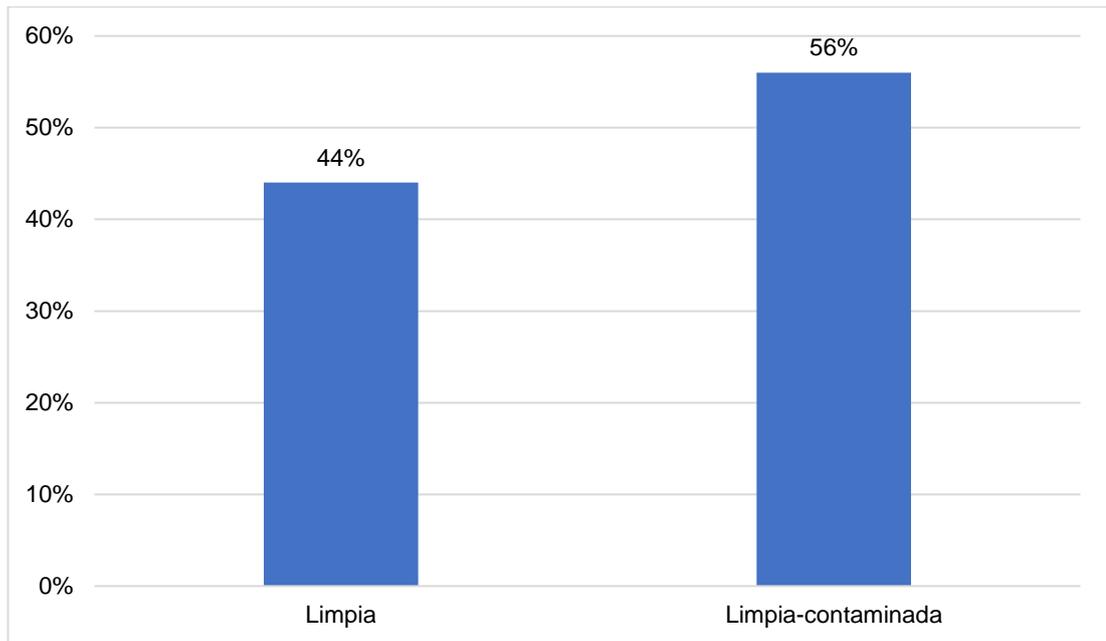


Fuente: Obtenido de Check List en pacientes de centro gineco obstétrico. Elaborado por: Mora Bolaños Danny Nayin y Cevallos Vega Sammy Nicole.

Análisis:

El 58% de los procedimientos utilizan entre 11 y 13 compresas, lo cual se considera dentro del rango esperado. Sin embargo, se identifican dos áreas de preocupación: en un 14% de los casos se utilizan entre 8 y 10 compresas, lo que podría sugerir un subregistro o un manejo ineficiente de las mismas, mientras que en un 1% de los casos se utilizan más de 17 compresas, lo que podría generar un riesgo mayor de retención de material quirúrgico en el paciente. La falta de control adecuado en el número de compresas puede comprometer la seguridad del paciente, aumentando el riesgo de complicaciones posoperatorias que podrían derivar en infecciones o reintervenciones para la extracción de material retenido (21).

Figura 18. Clasificación de la herida

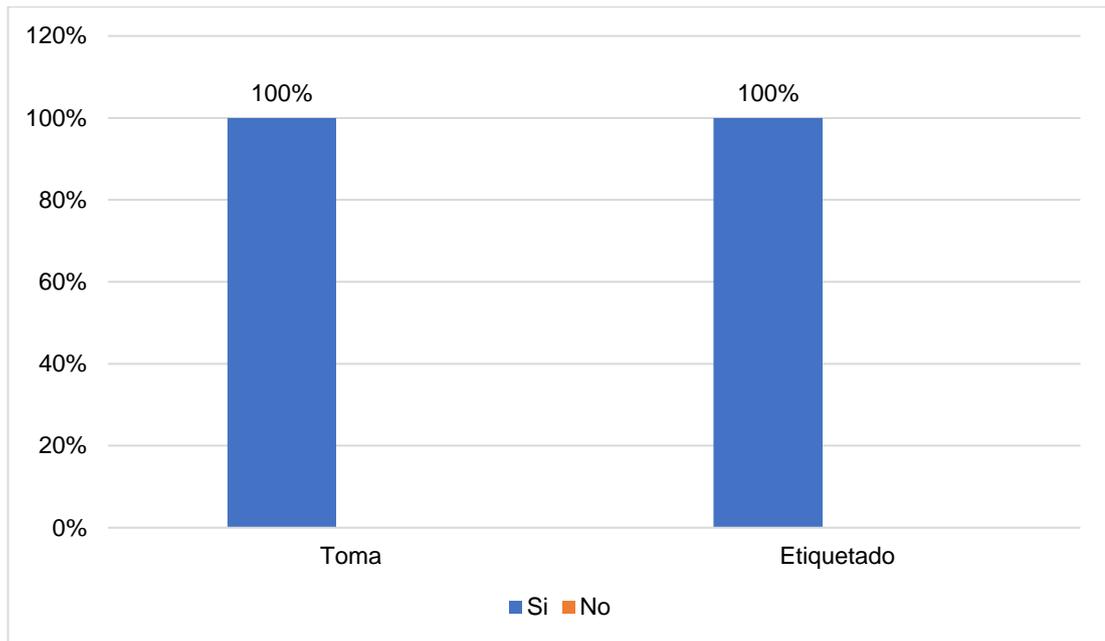


Fuente: Obtenido de Check List en pacientes de centro gineco obstétrico. Elaborado por: Mora Bolaños Danny Nayin y Cevallos Vega Sammy Nicole.

Análisis:

El 56% de las heridas quirúrgicas se clasifica como limpia-contaminada. Esta situación puede deberse a la exposición de la herida a cavidades corporales con presencia de microorganismos, lo que aumenta el riesgo de infecciones postoperatorias. La presencia de heridas clasificadas como limpia-contaminada podría implicar un manejo no óptimo de las condiciones estériles durante la cirugía, incrementando la posibilidad de complicaciones en el proceso de cicatrización, las infecciones pueden prolongar la estancia hospitalaria o requerir intervenciones adicionales (15).

Figura 19. Toma y etiquetado de muestras



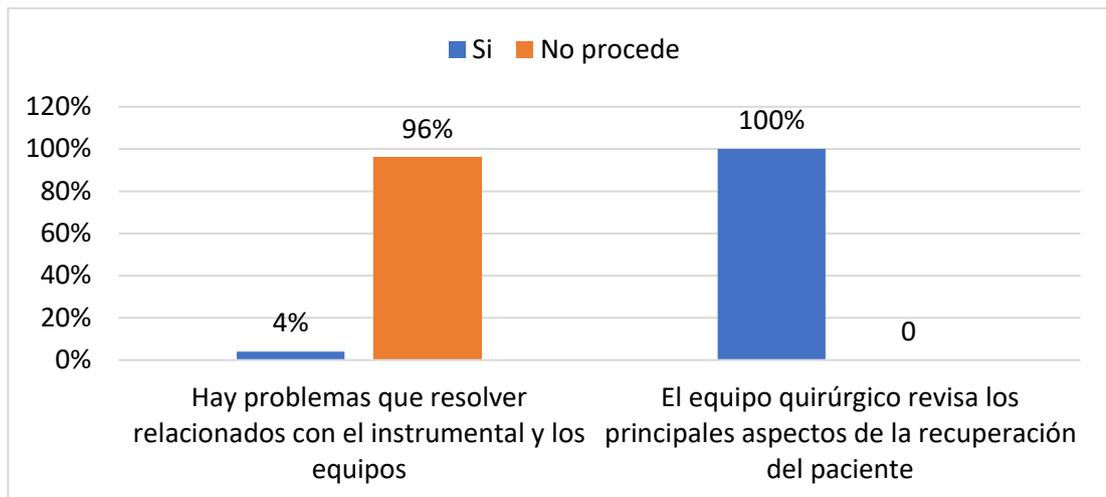
Fuente: Obtenido de Check List en pacientes de centro gineco obstétrico. Elaborado por: Mora Bolaños Danny Nayin y Cevallos Vega Sammy Nicole.

Análisis:

Hubo un cumplimiento del 100% tanto en la toma como en el etiquetado de las muestras. Este resultado indica que la totalidad de las muestras obtenidas a lo largo del procedimiento quirúrgico serán adecuadamente identificadas y administradas.

El acatamiento en ambos aspectos que se resaltan es la atención al detalle y la responsabilidad del grupo de operación en la administración de muestras, esto con el fin de que se preserve la calidad del proceso de diagnóstico y se minimice el peligro que implica la equivocación de un humano. La alta tasa de acato es importante para la protección del paciente y para la totalidad éxito de la operación quirúrgica.

Figura 20. Problemas con el instrumental y revisión de recuperación



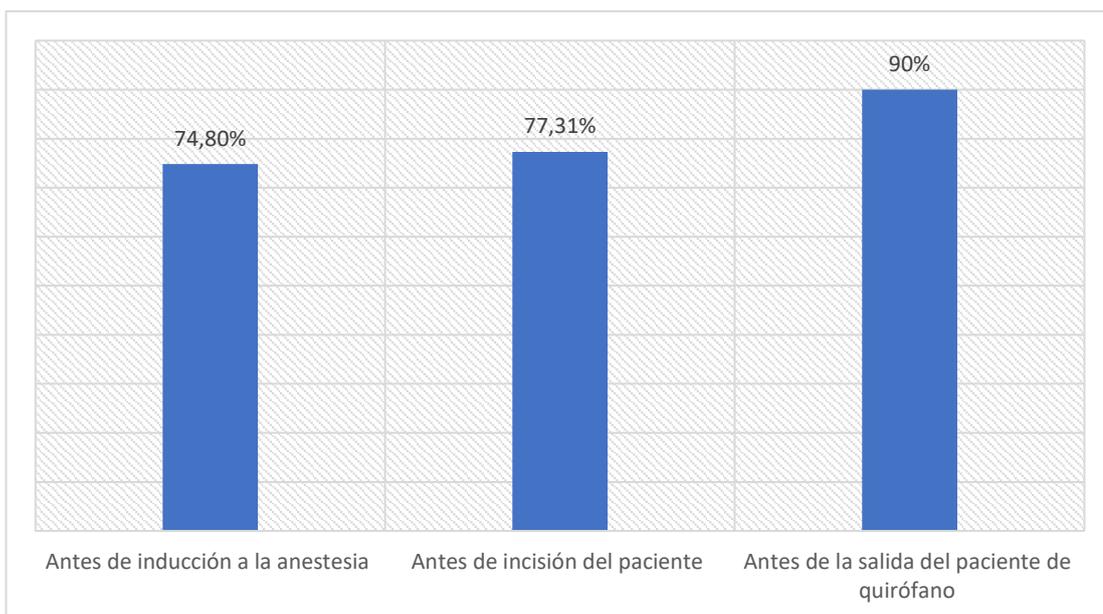
Fuente: Obtenido de Check List en pacientes de centro gineco obstétrico. Elaborado por: Mora Bolaños Danny Nayin y Cevallos Vega Sammy Nicole.

Análisis:

En el 96% de los casos no hay problemas que resolver relacionados al instrumental y equipos quirúrgicos. La falta de revisión adecuada del instrumental compromete la seguridad del paciente y aumenta el riesgo de eventos adversos que podrían haberse evitado mediante una inspección previa, afectando directamente la eficiencia y el éxito del procedimiento.

En el 100% de los casos, el equipo de salud revisó los principales aspectos de la recuperación del paciente tras las cirugías gineco-obstétricas. Este resultado deja entrever el compromiso y la diligencia del equipo médico en asegurar que todos los elementos críticos para la recuperación del paciente sean evaluados y gestionados adecuadamente.

Figura 21. Promedios de las 3 fases de la cirugía gineco obstétrica



Fuente: Obtenido de Check List en pacientes de centro gineco obstétrico. Elaborado por: Mora Bolaños Danny Nayin y Cevallos Vega Sammy Nicole.

Análisis:

El promedio global entre las 3 fases de la lista de verificación segura fue de 80,7% por lo que existen ciertas complicaciones o menor porcentaje en la primera fase antes de la inducción a la anestesia que se deben acoger para mejorar el proceso de seguridad del paciente.

5. DISCUSIÓN

En relación con el primer objetivo, En este estudio, se encontró que la cesárea fue la cirugía más común, representando el 55% de los procedimientos. Esto concuerda con la tendencia reportada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que señala que la cesárea es una de las cirugías más practicadas a nivel global en centros gineco-obstétricos, debido tanto a razones médicas como a preferencias de los pacientes. En hospitales de España, un 52% de los procedimientos gineco-obstétricos también corresponden a cesáreas (17). Esta similitud indica una fuerte tendencia en la práctica obstétrica, impulsada tanto por factores médicos como por políticas hospitalarias. A nivel local, en Ecuador, Condemaita et al. (22) también destacan una tendencia elevada de cesáreas, con cifras cercanas al 60%, lo que refuerza la importancia de este procedimiento en las decisiones obstétricas.

En cuanto al segundo objetivo de este estudio, el promedio de intervenciones antes de la inducción de anestesia fue del 74.8%; donde el 100% de los casos cumplieron con la verificación de la identidad del paciente, mientras que el sitio quirúrgico fue verificado en un 69% de los casos y 75% el procedimiento correcto. Según la OMS, el programa "La Cirugía Segura Salva Vidas" establece que la correcta identificación del paciente y la confirmación del sitio quirúrgico son pasos esenciales para minimizar eventos no deseados (6). Comparativamente, en el estudio de Lima et al. (21), realizado en Brasil, se observó un cumplimiento del 95% en estos pasos, lo que muestra una ligera diferencia con los resultados locales, posiblemente atribuida a la infraestructura o cultura hospitalaria. De manera similar, Sepúlveda et al. (18) en su estudio en Colombia encontraron un cumplimiento del 98% en la verificación de identidad, lo que confirma la eficacia de estos procedimientos en contextos hospitalarios similares.

Respecto a la demarcación del sitio quirúrgico, en este estudio solo el 17% de los casos cumplió con esta práctica, un incumplimiento elevado en comparación con un 70% de cumplimiento reportado en hospitales españoles (17). La falta de esta verificación crítica puede derivar en

complicaciones graves durante el procedimiento, por lo que la estandarización de estas prácticas es clave para mejorar la seguridad en cirugías gineco-obstétricas.

En relación al tercer objetivo específico, el promedio de intervenciones antes de la incisión del paciente fue de 77.3%; donde la presentación del equipo quirúrgico se realizó solo en el 42% de los casos. Este bajo porcentaje refleja una deficiencia en la coordinación del equipo, algo que también fue señalado por Gavilanes et al. (2021) en Ecuador, quienes encontraron que la falta de comunicación entre el equipo quirúrgico incrementa el riesgo de errores humanos. En comparación, estudios internacionales reportan un cumplimiento del 85% en esta práctica, lo que sugiere una discrepancia significativa que debe ser abordada a través de la capacitación y la concientización del personal quirúrgico (18).

Adicionalmente, la confirmación verbal del sitio quirúrgico no se realizó en un 31% de los procedimientos, lo que contrasta con estudios previos que muestran un 95% de cumplimiento en hospitales europeos (17). La falta de este paso puede derivar en la intervención en el sitio incorrecto, lo que conlleva un riesgo significativo de complicaciones postoperatorias.

En relación con el cuarto objetivo específico, el promedio de intervenciones realizadas previo a la salida de quirófano fue de 90%; donde el recuento final de material quirúrgico se cumplió en el 100% de los casos en este estudio, lo que coincide con los resultados de otros estudios internacionales, que destacan el recuento del instrumental como uno de los factores más efectivos para evitar complicaciones postoperatorias graves (19). Sin embargo, la revisión de otros aspectos clave de la recuperación del paciente fue menos exhaustiva, y algunos centros hospitalarios europeos han reportado hasta un 90% de cumplimiento en la verificación final del procedimiento y del instrumental (23).

Este estudio ha proporcionado una visión detallada de las prácticas seguras implementadas en un hospital de Guayaquil, evidenciando un alto nivel de cumplimiento en la mayoría de las áreas críticas para la seguridad del

paciente. Se mostró la capacidad de las LVCS como insumo para aumentar la seguridad y reducir el peligro de equivocaciones durante los procedimientos gineco-obstétricos. También, esta investigación ha brindado información valiosa acerca de la manera y características de las operaciones realizadas, además de la capacidad de control de infecciones que tienen los procedimientos.

Aun así, este análisis se enfrentó a dificultades como la carencia de un monitoreo a largo plazo de los pacientes para examinar los resultados postoperatorios y la posible influencia de factores no controlables durante la recolección de información. También, uno de los principales problemas fue conseguir la uniformidad en la aplicación de todas las partes de la LVCS, en particular en condiciones en las que la carga de trabajo es grande o hay escasas posibilidades de recursos.

Una de las principales bondades de esta investigación ha sido la posibilidad de conseguir información específica y además utilizar la LVCS normatizada, esto ha posibilitado una comparación con investigaciones internacionales distintas. También, la dedicación y el cuidado del equipo de salud ha sido significativo para conseguir un elevado grado de acato en las prácticas de seguridad, esto ha posibilitado la recolección de información precisa y ha garantizado la fiabilidad de los resultados encontrados.

6. CONCLUSIONES

Se concluye que las cirugías gineco obstétricas en el hospital en estudio fueron seguras en un 80,7%.

Los resultados permitieron concluir en el primer objetivo específico sobre identificar el tipo de cirugía, que las intervenciones obstétricas predominan sobre las ginecológicas en el centro, siendo la cesárea la de mayor recurrencia. Esto refleja la naturaleza de las necesidades médicas de las pacientes que acuden a este establecimiento, destacando el enfoque prioritario en procedimientos obstétricos por sobre otros tipos de intervenciones quirúrgicas ginecológicas.

Respecto a la primera fase de las cirugías fue de 74,80%, que describe las prácticas seguras previas a la inducción anestésica, se observó que la verificación de la identidad del paciente y el procedimiento a realizar se cumplen consistentemente. Sin embargo, se identificó una carencia en la demarcación del sitio quirúrgico, lo que señala la necesidad de prestar mayor atención a este paso específico para asegurar la precisión desde la fase preanestésica.

En la segunda fase, sobre las prácticas seguras antes de la incisión mostró que el 77,31% realizó la gestión de aspectos técnicos como el recuento del material quirúrgico. No obstante, se observó que la presentación del equipo quirúrgico y la confirmación verbal del sitio quirúrgico se realizan de manera inconsistente, de modo que la coordinación y comunicación dentro del equipo de salud deben mejorarse para optimizar la seguridad durante el procedimiento.

En cuanto a la fase tres, sobre verificar acciones seguras previo a la culminación de la cirugía, se observó que el 90% controla el instrumental quirúrgico y la confirmación del procedimiento, lo que garantiza una salida segura del paciente y una planificación adecuada para su recuperación postoperatoria, minimizando los riesgos asociados a complicaciones posteriores al cierre quirúrgico.

7. RECOMENDACIONES

Desde el punto de vista metodológico, se recomienda que futuros estudios amplíen el rango etario de las pacientes incluidas para explorar diferencias en la seguridad quirúrgica en otros grupos demográficos. Asimismo, sería valioso aplicar la metodología utilizada en este estudio a contextos diferentes, como hospitales rurales, para evaluar si los resultados y desafíos identificados se replican en entornos con distintas características poblacionales y recursos disponibles.

Desde el punto de vista académico, se sugiere que las facultades de ciencias de la salud y programas académicos en enfermería y medicina continúen investigando sobre la seguridad del paciente en contextos quirúrgicos específicos, como las cirugías gineco-obstétricas, debido a su impacto crítico en los resultados de salud materna. Además, es importante incentivar a los estudiantes a participar en investigaciones que analicen la efectividad de las listas de verificación quirúrgica, promoviendo mejoras en su implementación.

Desde un enfoque práctico, se recomienda que el hospital revise y refuerce los protocolos para la confirmación de procedimientos, asegurando que no haya omisiones, por mínimas que sean, durante la verificación preoperatoria. Adicionalmente, sería beneficioso establecer programas de formación continua para el personal quirúrgico enfocados en la correcta aplicación de las prácticas de seguridad, especialmente en situaciones de alta carga de trabajo donde el riesgo de errores puede aumentar.

Desde el enfoque de gestión de calidad, se recomienda la utilización de técnicas de seguimiento postoperatorio que permitan evaluar a largo plazo la eficacia de las prácticas de seguridad implementadas, ampliando así la comprensión del impacto de estas intervenciones en la recuperación del paciente. Además, sería útil incorporar herramientas de monitoreo tecnológico más avanzadas que faciliten la detección de fallos en tiempo real, optimizando la respuesta inmediata del equipo médico.

8. REFERENCIAS

1. Universidad Internacional de la Rioja. La seguridad clínica del paciente en enfermería: claves e importancia. [Online].; 2021. Available from: <https://www.unir.net/salud/revista/seguridad-del-paciente-enfermeria/>.
2. Tola , Briones , Grunauer , Zambrano. Seguridad del paciente en procesos quirúrgicos. RECIAMUC. 2020 Julio; 4(3).
3. Hilarion P. Seguridad Clínica en el paciente quirúrgico. Revista Nacional de Enfermería quirúrgica. 2010 Junio; 4(2): p. 1 - 10.
4. Chiroque L. Seguridad del Paciente en Cirugía Endoscópica. Revista de la Sociedad Peruana de Cirugía Endoscópica. 2022 Agosto; 3(1): p. 145 - 151.
5. Santacruz R. Factores que influyen en la seguridad del paciente en procedimientos quirúrgicos en hospital de alta complejidad. 2018..
6. Organización Mundial de la Salud. La cirugía segura salva vidas. [Online].; 2008. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-IER-PSP-2008.07>.
7. Añel R, Aibar C, Martín M. La participación del paciente en su seguridad. Atención Primaria. 2021 Diciembre; 53(1): p. 1 - 9.
8. Guasch E, Brogly N, Manrique S. Recomendaciones prácticas en la paciente obstétrica con infección por COVID-19. Revista Española De Anestesiología Y Reanimación. 2020 julio; 67(8).
9. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del Paciente: Datos y cifras. [Online].; 2023. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
10. DeFrancesco M. Seguridad del Paciente en Procedimientos Ambulatorios. Clínicas de Obstetricia y Ginecología de América del Norte. 2019 Junio; 46(2): p. 379 - 387.
11. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Seguridad del Paciente. [Online].; 2023. Available from: <https://www.who.int/es/campaigns/world-patient-safety-day/2023>.
12. Organización Panamericana de la Salud. La seguridad del paciente: un

componente de las políticas de salud que hay que fortalecer en América Latina. [Online].; 2012. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9302>.

13. Maestre R, Valdrés A, Bruna L, Martínez L, López B. Lista de verificación de la seguridad en la cirugía: funcionamiento y nivel de cumplimiento. *Revista Sanitaria de Investigación*. 2021 Mayo; 2(5): p. 2021.
14. Ministerio de Salud Pública. Seguridad del Paciente - Usuario. manual de intervenciones. ; 2016.
15. Borjas E, Bejarano S, Martínez P, Toledo J, Campos G, Fajardo L, et al. Presencia de infección de sitio quirúrgico en procedimientos gineco-obstétricos en un hospital de II nivel de atención, Honduras 2017-2018. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2021 febrero; 86(1).
16. Huamán M, Oliveira M, Santos D. Cuidado Quirúrgico de enfermería de sala de operaciones: Una revisión integrativa. *Enfermagem*. 2023.
17. Cuerpo M, Milián N, Milián D, Skrypnychuk T, Sánchez S, Solanas L. Importancia de la seguridad del paciente quirúrgico. *Revista Sanitaria de Investigación*. 2023 marzo.
18. Sepúlveda M, López L, González S. Cumplimiento de la lista de verificación de seguridad de la cirugía en un hospital de Santander. Un estudio de corte transversal. *Revista Cuidarte*. 2021; 12(3).
19. Salinas N, Valladares D. Hallazgos científicos en la aplicación de la LVCS para la enfermera de centro quirúrgico. tesis. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2023.
20. García G, Laguna P, Mazón A, Sallan B, Clavero L, Deyanova N, et al. Seguridad del paciente en residencias o centros sociosanitarios. *Revista Electrónica de PortalesMedicos.com*. 2020 junio; 15(12).
21. Lima P, Teles M, Lima R, Vieira B, Cardoso R, Melo T. Cultura de seguridad del paciente en la perspectiva del equipo de enfermería en una maternidad pública. *Enfermería Global*. 2020 diciembre; 19(50).
22. Condemaita S, Benítez K, A. C, Ocaña M, Paredes C. Estrategias utilizadas por el personal de salud para seguridad del paciente en el entorno quirúrgico. *LATAM Revista Latinoamericana De Ciencias*

- Sociales Y Humanidades. 2023 septiembre; 4(3).
23. Gavilanes M, Aucatoma K, Moreno F, Rivas A. La cultura de seguridad del paciente como estrategia para evitar errores médicos. *Revista Universitaria con proyección científica, académica y social*. 2021 julio; 5(3).
 24. Olascoaga M, Reyes F, Escobar P. Opciones quirúrgicas ginecológicas de preservación de fertilidad en cáncer. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. 2020 noviembre; 48(3).
 25. Hernández E, Esparza S, Reyes A. Eficacia de un modelo de prevención de infección de sitio quirúrgico en un hospital de segundo nivel de atención. *Index de Enfermería*. 2020 octubre; 29(1-2).
 26. Merino A. Manejo de miomatosis uterina. *Metro Ciencia*. 2023 junio; 31(2).
 27. Camarena E, Corona A, Robledo M, Cárdenas J. Factores relacionados con la histerectomía ginecológica por patología benigna en un hospital escuela del occidente de México. *Ginecología y obstetricia de México*. 2023 noviembre; 91(8).
 28. Sepúlveda J, Sepúlveda A. Sangrado uterino anormal y PALM COEIN. *Ginecología y obstetricia de México*. 2021 agosto; 88(1).
 29. Esquivel D, Lima J, Camuendo M, Mesía L. Prolapso genital femenino, abordaje quirúrgico inicial. *Recimundo*. 2020 octubre; 4(4).
 30. Rodríguez C, De los Ríos M, González A, Quintana D, Sánchez I. Estudio sobre aspectos epidemiológicos que influyen en el aborto espontáneo. *Multimed*. 2020 noviembre; 24(5).
 31. Salinas M, Santoyo S, Barragán I. Frecuencia y factores de riesgo de la culminación de partos por cesárea en un hospital privado de la Ciudad de México. *Acta médica Grupo Ángeles*. 2022 agosto; 19(4).
 32. Carvajal J, Barriga M. *Manual de Obstetricia y Ginecología*. 11th ed.; 2020.
 33. Torres D, Zurita M, Vicente M, Hernández I. Indicadores de evaluación de los registros clínicos de enfermería: Implementación de una herramienta tecnológica. *Horizonte sanitario*. 2021 septiembre; 20(3).

34. Roman N, Maquera S, Morán G, Pereyra B, Huanca C, Cuchillo A, et al. Cuidado de Enfermería del paciente Quirúrgico (Taxonomía NNN) Hospital Santa Rosa. Puerto Maldonado, Perú, 2020. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2023.
35. Ayala V, Herrera S. Estrategias comunicativas entre profesionales sanitarios y personas con pérdida de audición. Index de Enfermería. 2024; 32(3).
36. Andrade L, Bustamante J, Viris S, Noboa C. Retos y desafíos de enfermería en la actualidad. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida. 2023; 7(14).
37. Wang , Liao , Tian , Zheng , Ye , Yu , et al. Eficacia analgésica de una estrategia de tratamiento del dolor posoperatorio sin opiáceos frente a una estrategia convencional basada en opiáceos tras una hepatectomía mayor abierta: un ensayo abierto, aleatorizado, controlado y sin inferioridad. eClinicalMedicine. 2023 Septiembre; 63(102188).
38. Lin , Chen , Li. Eficacia analgésica de una estrategia de tratamiento del dolor posoperatorio sin opioides versus una estrategia convencional basada en opioides después de una gastrectomía radical laparoscópica: un ensayo abierto, aleatorizado, controlado y sin inferiorid. Revista Mundial de Oncología Quirúrgica. 2024 Febrero; 22(54).
39. Dieu , Huynen , Lavand , Beloeil , Freys , Pogatzki , et al. Manejo del dolor después de la resección hepática abierta: Recomendaciones para el manejo del dolor posoperatorio específico del procedimiento (PROSPECT). Reg Anesth Pain Med. 2021 Mayp; 46(5).
40. MSP. Hospital de Especialidades "Eugenio Espejo". [Online].; 2020. Available from: <https://hee.gob.ec/?p=17928>.
41. Maciel A. Referentes teóricos en enfermería [PPT]. [Online].: Referentes teóricos en enfermería; 2018. Available from: http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/70363/secme-5905_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
42. Fernández , Ruiz , Torres. Teoría y práctica de los fundamentos de enfermería (I). Bases teóricas y metodológicas: Editorial Universidad de

- Almería; 2020.
43. Chandi , Verdezoto , Matute , Betancourt. Factores estresores en pacientes COVID – 19 en unidad de cuidados intensivos, revisión sistemática. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades. 2023; 4(1).
 44. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería: Elsevier Health Sciences; 2022.
 45. Godínez L, Samayoa C, Rodas L, Alvarado S, Estrada A, Hernández N, et al. Guías de recuperación acelerada en cirugía ginecológica. Revista Médica. Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. 2021 agosto; 160(2).
 46. Castillo L, Delgado G, Briones B, Santana M. La gestión de la calidad de cuidados en enfermería y la seguridad del paciente. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida. 2023; 7(13).
 47. Vásquez E, Arciniegas O, Acosta M, Rangel L. Seguridad del paciente frente a la presencia de oblitos quirúrgicos: una revisión sistemática. tesis de pregrado. Barranquilla: Universidad Libre Seccional Barranquilla, Seccional Barranquilla; 2024 marzo.
 48. Bolgeri P, González M, Silva G, Orostigue I, Rojas I, Santelices N. Hhabilidades de comunicación interpersonal en estudiantes de psicología. Límite (Arica). 2023; 17(1).
 49. Constitución de la República del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. ; 2021.
 50. Secretaría Nacional de Planificación. Plan de Desarrollo para el Nuevo Ecuador 2024-2025. [Online].; 2024 [cited 2024. Available from: <https://www.planificacion.gob.ec/plan-de-desarrollo-para-el-nuevo-ecuador-2024-2025/>.
 51. Congreso Nacional. LEY ORGANICA DE SALUD. Congreso Nacional; 2022.
 52. Zacarías H, Supo J. Metodología de la investigación científica para las Ciencias de la Salud y las Ciencias Sociales: Amazon Digital Services LLC - Kdp; 2020.

53. Echevarría P. Investigación en metodología y lenguajes enfermeros: Elsevier Health Sciences; 2020.
54. Castañeda M. La científicidad de metodologías cuantitativa, cualitativa y emergentes. Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria. 2022; 16(1).
55. Barbosa-Moreno A, Mar-Orozco C, Molar-Orozco J. Metodología de la investigación. Métodos y técnicas: Patria Educación; 2020.
56. Guevara G, Verdesoto A, Castro N. Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). RECIMUNDO. 2020; 4(3): p. 163-173.
57. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2023.
58. Niño-Rojas V. Metodología de la investigación. Diseño, ejecución e informe. Segunda ed.: Ediciones de la U; 2021.

ANEXOS

Anexo 1. Autorización de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Facultad de Ciencias
de la Salud

CARRERAS:
Medicina
Odontología
Enfermería
Nutrición, Dietética y
Estética
Terapia Física

Tel.: 3804600
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671
Guayaquil-Ecuador

Guayaquil, 4 de Junio del 2024

Sr. Danny Nayin Mora Bolaños
Srta. Sammy Nicole Cevallos Vega
Estudiantes de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

De mis consideraciones:

Reciban un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez les comunico, que su tema de trabajo de titulación, "Seguridad del paciente en las cirugías gineco obstétricas en un Hospital de la ciudad de Guayaquil, 2024" ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera, la tutora asignada es la Lic. Kristy Franco Poveda.

Me despido deseándoles éxito en la realización de su trabajo de titulación.

Atentamente,

Leda Ángela Mendoza Vincés
Directora de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

cc. Archivo

Anexo 2. Autorización de la institución



Oficio N. HGNGC-SDI-20240307-1

Guayaquil, 03 de Julio del 2024.

La Subdirección de Docencia e investigación del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos, CERTIFICA que se ha revisado y aprobado su proyecto Final de Titulación realizado por las estudiantes, Sres. MORA BOLAÑOS DANNY NAYIN Y CEVALLOS VEGA SAMMY NICOLE, INTERNOS ROTATIVOS DE ENFERMERÍA de la UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL con el proyecto de Tesis "SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA CIRUGÍA GINECO-OBSTETRICA EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL 2024"

Particular que autorizo y pongo a conocimiento para los fines pertinentes

Atentamente,



RECIBADO AL ESTABLECIMIENTO DEL
HGO 22588 BOSTON
CASTRO CARRASCO

Dr. Moises Castro Carrasco
Subdirector de Docencia
Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos



www.iess.gob.ec    

Anexo 3. Instrumento



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

Tipo de cirugía

Tipo de procedimiento	<input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Histerectomía <input type="checkbox"/> Miomectomía <input type="checkbox"/> Cirugía laparoscópica <input type="checkbox"/> Episiotomía y reparación <input type="checkbox"/> Cirugía para el manejo de la placenta previa o acretismo placentario <input type="checkbox"/> Cirugía de prolapsos pélvicos <input type="checkbox"/> Otros
-----------------------	--

Antes de la inducción a la anestesia

El paciente ha confirmado:	
- Su identidad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
- Sitio quirúrgico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
- El procedimiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
- Su consentimiento verbal y escrito <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Demarcación del sitio quirúrgico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No procede
Se ha completado el control formal del instrumental anestésico, medicación y riesgo anestésico:	
- Equipo de intubación <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
- Equipo de aspiración de la vía aérea <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
- Sistema de ventilación	
• Oxígeno <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
• Fármacos inhalados <input type="checkbox"/> Si	

<input type="checkbox"/> No • Medicación <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Pulsioxímetro colocado en el paciente y funcionando	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Capnógrafo colocado y funcionando	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No procede
Tiene el paciente alergias conocidas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuáles_____
Vía aérea difícil/riesgo de aspiración	<input type="checkbox"/> Si, y hay instrumental y equipos disponibles <input type="checkbox"/> No
Riesgo de hemorragia >500 ml (7ml/kg en niños)	<input type="checkbox"/> Si, y se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y líquidos adecuados <input type="checkbox"/> No
Se ha confirmado la reserva de hemoderivados con el laboratorio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica

Antes de la incisión del paciente

Confirmación que todos los miembros del equipo se han presentado por su nombre y función	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Responsable de la lista de chequeo confirma verbalmente con el equipo quirúrgico	
- Identidad del paciente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No - Sitio quirúrgico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No - Procedimiento (lateralidad) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
El anestesiólogo expresa algún problema específico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Equipo de enfermería y/o instrumentación quirúrgica revisa:	

<ul style="list-style-type: none"> - Esterilidad (con resultado de indicadores e integradores químicos internos y externos) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No - Recuento INICIAL de material blanco e Instrumental quirúrgico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No - Dudas o problemas relacionados con el instrumental y equipos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No 	
Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No procede
Dispone de imágenes diagnósticas esenciales para el procedimiento quirúrgico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No procede

Antes de la salida del paciente de quirófano

<p>El responsable de la lista de chequeo confirma verbalmente con el equipo quirúrgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El recuento final de material blanco e instrumental quirúrgico (previo al cierre) esté completo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No - Hubo necesidad de empaquetar al paciente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No 	
Registre el número de compresas	_____ # de compresas
Clasificación de la herida	<input type="checkbox"/> Limpia <input type="checkbox"/> Limpia-contaminada <input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/> Sucia
Toma de muestras	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Etiquetado de las muestras (nombres y apellidos completos del paciente, historia clínica, fecha)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si hay problemas que resolver, relacionados con el instrumental y los equipos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
El cirujano, el anestesiólogo y el personal de enfermería revisan los principales aspectos de la recuperación del paciente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Anexo 4. Consentimiento informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Mora Bolaños, Danny Nayin y Cevallos Vega, Sammy Nicole, de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. La meta del estudio es determinar la seguridad del paciente en las cirugías gineco obstétricas en un Hospital de la ciudad de Guayaquil, 2024.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá que permita realizar una observación. Esto tomará aproximadamente entre 15 a 20 minutos de su tiempo.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán anónimas. Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Mora Bolaños, Danny Nayin y Cevallos Vega, Sammy Nicole. He sido informado(a) de la finalidad del este estudio, la forma en que se recolectará la información y el tiempo que se tardará en realizarla.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Para esto, puedo contactar a Mora Bolaños, Danny Nayin y Cevallos Vega, Sammy Nicole.

Danny Nayin Mora Bolaños

Nombre del Participante



Firma del Participante

Guayaquil, 02 de septiembre del 2024

Fecha.

Anexo 4. Consentimiento informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Mora Bolaños, Danny Nayin y Cevallos Vega, Sammy Nicole, de la Carrera de Enfermería de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. La meta del estudio es determinar la seguridad del paciente en las cirugías gineco obstétricas en un Hospital de la ciudad de Guayaquil, 2024.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá que permita realizar una observación. Esto tomará aproximadamente entre 15 a 20 minutos de su tiempo.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán anónimas. Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Mora Bolaños, Danny Nayin y Cevallos Vega, Sammy Nicole. He sido informado(a) de la finalidad del este estudio, la forma en que se recolectará la información y el tiempo que se tardará en realizarla.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Para esto, puedo contactar a Mora Bolaños, Danny Nayin y Cevallos Vega, Sammy Nicole.

Sammy Nicole Cevallos Vega
Nombre del Participante



Firma del Participante

Guayaquil, 02 de septiembre del 2024

Fecha



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Mora Bolaños, Danny Nayin**, con C.C:1208183507 autor del trabajo de titulación: **Seguridad del paciente en las cirugías gineco obstétricas en un Hospital de la ciudad de Guayaquil, 2024**, previo a la obtención del título de **Licenciado en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 2 de **septiembre** de **2024**

f. _____

Nombre: **Mora Bolaños, Danny Nayin**

C.C: **1208183507**



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Cevallos Vega, Sammy Nicole**, con C.C: 0942825019 autora del trabajo de titulación: **Seguridad del paciente en las cirugías gineco obstétricas en un Hospital de la ciudad de Guayaquil, 2024**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 2 de **septiembre** de **2024**

f. Sammy Cevallos V

Nombre: **Cevallos Vega, Sammy Nicole**

C.C: **0942825019**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Seguridad del paciente en las cirugías gineco obstétricas en un Hospital de la ciudad de Guayaquil, 2024		
AUTOR(ES)	Mora Bolaños, Danny Nayin Cevallos Vega, Sammy Nicole		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lic. Franco Poveda, Kristy Glenda, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica De Santiago De Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias De La Salud		
CARRERA:	Enfermería		
TITULO OBTENIDO:	Licenciados En Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	2 de septiembre de 2024	No. DE PÁGINAS:	72
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ciencias de la vida, Salud y Servicios Sociales, Enfermería		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Seguridad del paciente, cirugías, lista de verificación, servicio de ginecología y obstetricia, enfermería.		
RESUMEN	<p>La seguridad del paciente es un componente importante en la calidad de la atención sanitaria, especialmente en el entorno quirúrgico gineco obstétrico, donde los riesgos inherentes a los procedimientos requieren una gestión rigurosa y sistemática, debido a la naturaleza delicada de los procedimientos y al impacto en la salud y bienestar tanto de la madre como del feto. Objetivos: Determinar la seguridad del paciente en las cirugías gineco obstétricas en un Hospital de la ciudad de Guayaquil, 2024. Metodología: Cuantitativa, descriptiva, transversal, prospectiva. Población: 100 profesionales de la salud. Resultados: El estudio mostró que la cesárea es el procedimiento más frecuente en el centro gineco-obstétrico, representando el 55% de las cirugías realizadas, seguido de la histerectomía y la miomectomía. En cuanto a las prácticas seguras antes de la inducción anestésica, se observó un cumplimiento del 100% en la verificación de la identidad del paciente y el procedimiento, aunque solo un 17% de los casos cumplió con la demarcación del sitio quirúrgico. Antes de la incisión, la presentación del equipo quirúrgico se realizó en el 42% de los casos y la confirmación verbal del sitio en un 69%. Finalmente, antes de la salida del paciente del quirófano, el recuento de material quirúrgico fue completado en el 100% de casos. Conclusión: El estudio confirma un alto cumplimiento de las prácticas de seguridad en cirugías gineco-obstétricas, aunque identifica áreas menores de mejora para asegurar una aplicación uniforme y sin fallos en todos los procedimientos.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-991515130 +593-999164156	E-mail: danny.2000mora@gmail.com - sammycevallos2@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Lcda. Holguín Jiménez, Martha Lorena, Mgs. Teléfono: +593-993142597 E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			