



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

TEMA:

**Seguridad del paciente en cirugías generales en un Hospital de
la ciudad de Guayaquil.**

AUTORES:

**Marcillo Loor, Patricia Isabel
Salgado Benavides, Lidia Elena**

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

TUTORA:

Lcda. 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 **Marcillo Loor, Patricia Isabel y Salgado Benavides, Lidia Elena** como requerimiento para la obtención del título de **LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**.

TUTORA

f. _____

LCDA. FRANCO POVEDA, KRISTY GLENDA, MGS.

DIRECTORA DE LA CARRERA

f. _____

LCDA. MENDOZA VINCES, ÁNGELA OVILDA, MGS.

Guayaquil, a los 2 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, **Marcillo Loor, Patricia Isabel**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Seguridad del paciente en cirugías generales en un Hospital de la ciudad de Guayaquil**, 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, a los 2 del mes de septiembre del año 2024

AUTORA:

f. _____

Marcillo Loor, Patricia Isabel



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Salgado Benavides, Lidia Elena**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Seguridad del paciente en cirugías generales en un Hospital de la ciudad de Guayaquil**, 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, a los 02 del mes de septiembre del año 2024

AUTORA:

f. _____

Salgado Benavides, Lidia Elena



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Marcillo Loor, Patricia Isabel**

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

Guayaquil, a los 02 del mes de septiembre del año 2024

AUTORA:

f. _____

Marcillo Loor, Patricia Isabel



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Salgado Benavides, Lidia Elena**

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

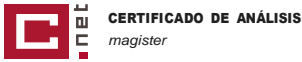
Guayaquil, a los 02 del mes de septiembre del año 2024

AUTORA:

f. _____

Salgado Benavides, Lidia Elena

REPORTE COMPILATION



Seguridad del paciente en cirugías generales en un Hospital de la ciudad de Guayaquil.



Nombre del documento: Seguridad del paciente en cirugías generales en un Hospital de la ciudad de Guayaquil. Marcillo y Salgado.docx
ID del documento: 2813266bf470224e40b7b5dfec38129bf01f6b72
Tamaño del documento original: 1,34 MB
Autores: Patricia Isabel Marcillo Loor, Salgado Benavides Lidia Elena

Depositante: Patricia Isabel Marcillo Loor
Fecha de depósito: 1/9/2024
Tipo de carga: url_submission
fecha de fin de análisis: 1/9/2024

Número de palabras: 11.201
Número de caracteres: 77.656

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/14939/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-602.pdf 34 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (80 palabras)
2	cybertesis.unmsm.edu.pe https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/20.500.12672/21600/1/Chipana_vs.pdf 33 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (79 palabras)
3	COPILATIO2024.pdf CONOCIMIENTO EN LA APLICACION DE LA LISTA DE V... #ccc20f El documento proviene de mi grupo 30 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (73 palabras)
4	repositorio.unac.edu.pe https://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/8969/TESIS - LIZARRAGA-UTCANI.pd... 31 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (73 palabras)
5	repositorio.uwiener.edu.pe https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/8582/T061_29613566_S.pdf?seq... 31 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (68 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

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

AGRADECIMIENTO

Agradezco a DIOS por guiarme en toda mi etapa universitaria y por darme la fortaleza necesaria para seguir adelante y por cumplir mi sueño más deseado.

A mis padres, Sixto Marcillo y Patricia Loor por estar siempre conmigo apoyándome, brindándome sus consejos diarios que me ayudaban a esforzarme cada vez más y por ser la guía de este camino largo.

A mis hermanos, Carlos Marcillo y Michelle Marcillo que con su apoyo, presencia y cariño me impulsan para seguir adelante y ser un ejemplo para ellos.

A mi tío Ramón Loor y tía política Silvia Loor por brindarme su apoyo incondicional y a mis tías(o) por demostrarme la gran fé que tienen en mí.

A mis abuelos maternos Ramón Loor e Isabel Paladines y mi abuela paterna María Holguín por siempre estar alentándome con sus palabras que me incentivaba a seguir adelante.

A mis mejores amigos Elías Taípe y María José Bravo por brindarme su amistad y apoyo durante todos estos años que hemos compartido juntos porque cada que pasa algo, siempre hemos sido y seguiremos siendo los tres.

Un inmenso agradecimiento a la licenciada Kristy Franco por guiarnos en cada fase de nuestro trabajo de titulación con su apoyo, su gran paciencia y aporte de ideas que fueron útiles para mejorar nuestro trabajo.

A mi compañera de tesis, Lidia Salgado por su apoyo, dedicación y compañía durante el desarrollo del trabajo de titulación.

Marcillo Loor Patricia Isabel

DEDICATORIA

El presente trabajo de titulación esta dedicado a mis padres, hermanos, abuelos y tíos que me han apoyado durante estos años de carrera universitaria, que supieron guiarme por el buen camino y darme fuerzas para seguir adelante.

A mis niños Mathius Solorzano y Mia Solorzano por ser mi fundamental de seguir adelante día a día y lograr esta meta de vida.

A mis mejores amigos, docentes y profesionales por brindarme sus conocimientos, enseñanzas y paciencia ha sido fundamental para la motivación durante este año de internado.

A mi compañera de tesis por ser un símbolo de fortaleza en este largo proceso.

Marcillo Loor Patricia Isabel

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Jehová por darme la sabiduría y fortaleza necesarias en cada paso de mi camino. A mi madre, Nelly del Rocío Benavides Mateo, por su apoyo total y ser siempre mi guía, a mis padres, Ricardo Juan Salgado Abad y Luis Humberto Tinajero Bastidas, por su apoyo incondicional.

A José Joaquín Ponce Cárdenas, mi compañero de vida, por su amor, su aliento constante y su fe en mí.

A mis hijos, Juan Darío Morán Salgado, Joel Alexander Morán Salgado, Joseph Maximiliano Ponce Salgado, por ser cada uno mi mayor fuente de inspiración, y a mis mascotas, Tommy J Junior Ponce Salgado y Mia Lied Ponce Salgado, por su compañía en mis noches de estudio.

A mis hermanas, Nelly Nathaly Tinajero Benavides y Ángela del Rocío Salgado Benavides, y a mi cuñado, Jonathan Isaías Aguilera Flores, gracias por su apoyo absoluto.

A mis sobrinas, Amy Paulet, Emy Samantha, María de los Ángeles y María Valentina, por los momentos de alegría que me han regalado.

A mis abuelitos, que siempre me acompañan desde el cielo.

A mis tías, Carmita Benavides Mateo, Herlinda Bósquez Mateo, Anita Mateo Malavé, Eugenia Mateo Malavé, Mercedes Mateo Malavé, por su constante apoyo y por siempre tenerme presente.

A mis primas, Mayerly y Nicol Velastegui Bósquez, por su ayuda y ánimo constante.

A mis suegros, Mirella Alexandra Cárdenas y Joaquín Aladino Ponce Camacho, y a mis cuñados, Juan Sebastián y Mariana Ponce Camacho, gracias por su apoyo incondicional, comprensión y cariño.

A mis tíos políticos, Teresa Peñafiel, Erick Melo, Isabel Peñafiel y Rubén Pazmiño, por su apoyo y sabios consejos.

A mi jefa, compañeras y amigas de trabajo, por su amabilidad y apoyo continuo.

A mis amigas y amigos de estudio, y a mi compañera de tesis, Isabel Marcillo, por su dedicación y compañía durante este proceso.

A TODOS, GRACIAS DE CORAZÓN POR ESTAR A MI LADO EN ESTE CAMINO.

Salgado Benavides Lidia Elena

DEDICATORIA

Este trabajo de titulación está dedicado, ante todo, a Jehová, pues sin su guía y fortaleza, este logro no habría sido posible. A mis padres, hermanas, sobrinas, tías y primas, les agradezco con todo mi corazón por su apoyo incondicional y sus sabios consejos, que me han moldeado para ser una mejor persona. A José Ponce Cárdenas, mi compañero de vida, y a mis hijos, Juan, Joel y Joseph, así como a mis queridas mascotas, Tommy y Mia, les doy las gracias por su presencia constante, su amor sin límites y por ser mi fuente de inspiración para superar cualquier obstáculo, incluso cuando el tiempo compartido se vio reducido.

Extiendo mi gratitud a mis suegros, cuñados y tíos políticos, por estar siempre presentes, brindándome su respaldo y motivación en cada etapa de este proceso. A mis amigas y amigos de estudio, gracias por la compañía y la camaradería que hicieron de este viaje una experiencia compartida y más llevadera. A mi jefa, compañeras de trabajo, y a todas aquellas personas que de una forma u otra contribuyeron a la realización de este sueño, les debo un agradecimiento especial.

Cada uno de ustedes ha sido un pilar fundamental en los momentos en los que sentí flaquear. Sus palabras de aliento, su comprensión y su apoyo inquebrantable me enseñaron a no rendirme y a seguir adelante con determinación. Con la esperanza de hacerlos sentir orgullosos, honrándolos a todos al egresar como licenciada en enfermería.

Salgado Benavides Lidia Elena



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LCDA. MENDOZA VINCES, ANGELA OVILDA, MGs.

DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LCDA. HOLGUÍN JIMÉNEZ, MARTHA LORENA, MGs.

COORDINADORA DEL ÁREA DE UNIDAD DE TITULACIÓN

f. _____

LCDA. HOLGUÍN JIMÉNEZ, MARTHA LORENA, MGs.

OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	XVI
ABSTRACT.....	XVII
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I.....	3
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	5
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	6
1.3. OBJETIVOS.....	8
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	8
1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	8
CAPÍTULO II.....	9
2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.....	9
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	9
2.2. Marco Conceptual	13
2.2.1. Definición de Calidad.....	13
2.2.2. Calidad en Atenciones	13
2.2.3. Cirugía.....	17
2.2.4. Seguridad del Paciente.....	17
2.2.5. Checklists de Seguridad Quirúrgica.....	18
2.3. Marco Legal	20
CAPÍTULO III.....	25
3. DISEÑO METODOLÓGICO	25
3.1. Tipo de estudio	25
3.2. Población y muestra.....	25
3.3. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	25

3.4.	Procedimiento para la recolección de la información.....	26
3.5.	Técnica de procesamiento y análisis de datos	26
3.6.	Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano.....	26
3.7.	Operacionalización De Variables	27
4.	RESULTADOS	30
4.1.	Antes de inducir a la anestesia.....	30
4.2.	Antes de la incisión	37
4.2.1.	Prevención de Eventos Críticos	38
4.3.	Antes de la salida del paciente de quirófano	42
4.3.1.	Funciones del Cirujano, anestesista, enfermero	46
5.	DISCUSIÓN	47
6.	CONCLUSIONES.....	49
7.	RECOMENDACIONES.....	50
	REFERENCIAS	51

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1: Dimensiones en calidad asistencial.....	14
Figura 2: Funciones de acuerdo a la lista de verificación de cirugía segura	18
Figura 3: Checklists de Verificación para la Seguridad de la Cirugía.....	20
Figura 4: Confirmación de información del paciente.....	30
Figura 5: Marcación del sitio quirúrgico.....	31
Figura 6: Comprobación de aparatos y medicaciones anestésicos	32
Figura 7: Colocación del pulsioxímetro y funcionamiento del mismo	33
Figura 8: Verificar si el paciente tiene alergias conocidas	34
Figura 9: Vía aérea complicado/riesgo de aspiración	35
Figura 10: Probabilidad de hemorragia >500ml (7ml/kg en infantes).....	36
Figura 11: Pausa quirúrgica	37
Figura 12: Funciones del Cirujano.....	38
Figura 13: Presentación de problemas específicos por parte de los Anestesiistas	39
Figura 14: Funciones del Enfermero	40
Figura 15: Visualización de imágenes diagnósticas fundamentales	41
Figura 16: Nombre del Procedimiento de manera verbal	42
Figura 17: Recuento de instrumentos, gasas y agujas	43
Figura 18: Etiqueta de Muestras	44
Figura 19: Problemas a resolver con el instrumental y Equipo	45
Figura 20: Aspectos críticos en recuperación y tratamiento de la persona	46

RESUMEN

La seguridad del paciente es la falta de lesión por la prevención y aplicación de prácticas seguras, junto al despliegue de los conocimientos científicos para minimizar la morbimortalidad inducida por el proceso de atención al paciente.

Objetivo: Determinar la seguridad del paciente en las cirugías generales en un hospital de la Ciudad de Guayaquil. **Método:** descriptiva, cuantitativa; prospectiva, transversal. Empleando la lista de verificación de cirugía segura con el fin de obtener las intervenciones en las tres etapas en cirugía. **Muestra:** 103 profesionales, entre cirujanos, anestesiólogos, enfermeros de quirófano.

Resultados: Primera etapa: 41% no ha marcado el lugar anatómico, 8% no ha comprobado los aparatos/medicación, 11% incumplieron al verificar si existen o no alergias, 8% verificó las vías, pero no prepararon el insumo/material, 8% no tenían listo líquidos/sangre. Segunda etapa: 52% no confirmaron la identidad del paciente, 41% no se ha presentado con nombres completos y funciones en cirugía; cirujano, 8% no evitó las pérdidas sanguíneas; anestesista, 16% no presentaron los problemas específicos que podrían desencadenarse; enfermeros, 9% no revisaron si los instrumentales/equipos otorgados por esterilización; 12% no logró visualizar las imágenes diagnósticas principales. Tercera etapa: 10% no ha etiquetado correctamente las muestras, 16% no inspeccionan los principales aspectos de la recuperación y tratamiento.

Conclusión: El promedio global de realización de las actividades del equipo quirúrgico durante las 3 fases de la cirugía segura fue de 82,53%.

Palabras Clave: Lista de verificación, Cirugías generales, Personal de quirófano, Seguridad del paciente, Calidad.

ABSTRACT

Patient safety is the lack of injury due to prevention and application of safe practices, together with the deployment of scientific knowledge to minimize morbidity and mortality induced by the patient care process. **Objective:** Determine patient safety in general surgeries in a hospital in the City of Guayaquil. **Method:** descriptive, quantitative; prospective, transversal. Using the safe surgery checklist in order to obtain interventions in the three stages in surgery. Sample: 103 professionals, including surgeons, anesthesiologists, operating room nurses. **Results:** First stage: 41% have not marked the anatomical location, 8% have not checked the devices/medication, 11% failed to verify whether allergies exist or not, 8% verified the routes, but did not prepare the input/material, 8 % did not have liquids/blood ready. Second stage: 52% did not confirm the identity of the patient, 41% have not presented themselves with full names and functions in surgery; surgeon, 8% did not prevent blood loss; anesthetist, 16% did not present the specific problems that could be triggered; nurses, 9% did not check whether the instruments/equipment provided for sterilization; 12% were unable to visualize the main diagnostic images. Third stage: 10% have not correctly labeled the samples, 16% do not inspect the main aspects of recovery and treatment. **Conclusion:** An average performance of the surgical team's activities during the 3 phases of safe surgery was 82.53%.

Keywords: Check List, General surgeries, Operating room staff, Patient safety, Quality.

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es la carencia o reducción hasta lo máximo posible de daños innecesarios, tanto en pacientes que son sometidos alguna cirugía o procedimiento ambulatorios, que se evitan por medio de acciones regidas por el ente rector de la salud, lo cual, no solo incluye a la prevención de errores médico, sino que hace a la atención sanitaria una cultura organizacional que promueva la identificación y mitigación de riesgos para los pacientes que cursen por cada eslabón del sistema, ya sea públicos o privados, debido a que se fomenta la comunicación abierta, aprendizaje continuo y mejora (1) (2).

De acuerdo al Ministerio de Salud Pública (MSP), la calidad determina de que tan seguro sea el servicio en salud que ofrezca la institución hacia sus asistentes, por ende, se establece la norma técnica basada en la protección de las personas bajo cuidado médico, la cual, entiende varios lineamientos con el objetivo de minimizar al máximo los riesgos sin fundamento científico y que estos sufran algún evento adverso; calculando así, que las estadías hospitalarias por algún accidente ocasionado por el personal, le cuesta al gobierno más de \$7000 millones de dólares anuales (3).

Por ende, el propósito del siguiente trabajo será determinar la seguridad del paciente en las cirugías generales de un hospital de la Ciudad de Guayaquil, periodo 2023-2024. La metodología a utilizarse será cuantitativa, prospectiva, no experimental, en aproximadamente 86 profesionales que trabajan en el campo de las cirugías generales, ya que es crucial adoptar medidas necesarias para prevenir infecciones, errores médicos y otros eventos adversos que puedan afectar la seguridad de los pacientes.

CAPITULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La seguridad del paciente en cirugías generales se convierte en un asunto vital dentro del campo de la salud, porque pueden provocar daños prevenibles se deben a errores durante la identificación de pacientes, administración de medicamentos, comunicación inadecuada entre el personal médico, entre otros, o acarrear serias implicaciones para el bienestar físico del paciente y afectar su bienestar a corto-largo plazo. El sistema de la seguridad del paciente, influye 3 tipos, como lo es la parte administrativa, asistencial o ambas, ya que, basadas en esas tres se originan los errores o casi errores (4).

Al nivel mundial, cada 2 de 10 pacientes son víctimas de las intervenciones sanitarias quirúrgicas, aumentando el índice de estadía hospitalaria por más de 48 horas de un 25% al 57% por eventos adversos netamente prevenibles por el personal de sanitario en áreas quirúrgicas, siendo la más frecuente las infecciones en el sitio quirúrgico por la administración incorrecta de la profilaxis antibiótica, lavado de manos inadecuado, falta de verificación de la lista para una cirugía segura; también, contra referencias de primer nivel a segundo o tercer nivel por el déficit de educación al paciente y al familiar en cuanto a los cuidados en casa y más (5)

Al nivel Latinoamericano, conforme a la Organización Panamericana de la Salud (OPS-2023), anualmente fallecen 1.8 millones de habitantes por errores en la atención de salud, siendo una de las causales de la morbi-mortalidad de la población, ya que, también es participe del desarrollo de enfermedades secundarias, lesiones o discapacidades como secuela a ese error; asociándose con las características sociodemográficas del personal, ya que mientras más edad y más años de experiencia, aumentarían los factores para que el trabajador por la desmotivación, ocasione algún accidente en el paciente (6).

En Ecuador, la seguridad del paciente es por lo que velan todas las instituciones públicas, sin embargo, desde la pandemia covid-19 ha aumentado los accidentes en paciente a causa del personal de salud que lo atiende, específicamente en áreas quirúrgicas o de procedimientos ambulatorios, debido a múltiples factores

como el déficit de conocimiento, caídas del paciente por la falta de revisión de medios físicos o enseñarles los cuidados en casa por cierto tiempo, lavado de manos inadecuado (no respetan el momento), falta de documentos cuando son referenciados los pacientes a otra institución de menor o mayor complejidad, expresiones no claras cuando el médico/licenciada está explicándole algo al paciente, presencia de UPP por no cambiar cada 2 horas de posición y más (7)

En la institución se ha observado la asistencia consecutiva de pacientes para cirugía o algún procedimiento ambulatorio y consigo los eventos adversos a causa del personal de salud que lo atiende, observando con más frecuencia las reacciones alérgicas o adversas de algún medicamento, ausencia de datos de identificación del paciente (edad, número de cama o habitación), déficit en la actualización de los inventarios, mantenimientos de equipos, etiquetado de electrolitos o riesgos, rotulación de fármacos, administración antibióticos como profilácticos en procedimiento quirúrgicos y más.

1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Existe seguridad del paciente en las cirugías generales en un Hospital de la ciudad de Guayaquil?
- ¿Cuáles son las prácticas seguras antes de la inducción a la anestesia del paciente en las cirugías generales?
- ¿Cuáles son las prácticas seguras antes de la incisión del paciente en las cirugías generales?
- ¿Cuáles son las prácticas seguras antes de la salida del paciente de quirófano en las cirugías generales?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Los eventos adversos ocasionados por el personal de salud a pacientes van hacer sometidos a alguna cirugía generales, se le reconoce como un desafío de salud que afecta a toda la sociedad y hasta es de índole legal, ya que se ha demostrado que el 44% de pacientes reporta algún evento adverso debido al déficit de seguridad (8). Estudiar estas causas puede proporcionar información crucial para implementar medidas preventivas y protocolos más efectivos que reduzcan los riesgos para los pacientes sometidos a cirugías ambulatorias.

La importancia del trabajo es analizar la seguridad del paciente en cirugías generales porque es parte esencial para la recuperación y disminución de estadía hospitalaria, hasta de posible desarrollo de complicaciones ocasionadas por el indebido manejo del trabajador de salud (9). La investigación en esta área puede contribuir a la identificación de causales que afectan a la protección del individuo que esté siendo atendido, como protocolos operativos inadecuados, deficiencias en la comunicación entre el equipo médico, o problemas en la gestión de recursos y equipamiento.

Por ende, la relevancia científica que refleja la seguridad del paciente en cirugías generales, radica en la mejora continua de los protocolos y prácticas médicas para el aseguramiento de la comodidad de los pacientes; e incluso, investigaciones en esta área permiten identificar áreas de mejora en la atención quirúrgica ambulatoria, así como implementar estrategias efectivas para reducir complicaciones y riesgos asociados a estos procedimientos (10). Además, un trabajo centrado de esta temática contribuye al progreso de la sabiduría científica en el ámbito médico, ofreciendo nuevas perspectivas y recomendaciones basadas en evidencia para promover entornos quirúrgicos más seguros y eficientes, porque el impacto de esta investigación puede influir directamente en el ámbito clínico, se busca elevar la perfección en las atenciones médicas, reduciendo las tasas de eventos adversos en pacientes sometidos a cirugías ambulatorias (11).

Por lo tanto, los beneficiarios de la investigación serían directamente los pacientes, ya que garantiza el recibimiento de la más excepcional atención médica sin correr riesgos innecesarios; así mismo, los familiares y cuidadores de

los pacientes también se benefician al tener la tranquilidad de que sus seres queridos están siendo atendidos de manera segura y efectiva durante estos procedimientos (12). Por otro lado, el personal sanitario, ya que, al implementar medidas de seguridad, se reduce la posibilidad de errores o complicaciones durante las cirugías y procedimientos ambulatorios, lo que a su vez contribuye a un ambiente laboral más seguro y satisfactorio

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la seguridad del paciente en las cirugías generales en un Hospital de la Ciudad de Guayaquil, periodo 2023-2024.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir las prácticas seguras antes de la inducción a la anestesia del paciente en las cirugías generales
- Especificar las prácticas seguras antes de la incisión del paciente en las cirugías generales.
- Identificar las prácticas seguras antes de la salida del paciente de quirófano en las cirugías generales.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1. ANTECEDENTES de la Investigación

Hipócrates (460-377 a.n.e) introduce solamente 1 norma "ofaiaxee kai hkiicqi agno", que traduce el no acosionar algún daño, ni hacer menos a las evidencias. Sanar y aliviar, pero sobre todo no dañar ni menospreciar, cómo regla nos mostrará siempre la ética en alusión a los conceptos hoy tan utilizados en la Seguridad del Paciente, que sería Seguridad en la salud. Al lado de esta regla se encuentra que no se debe sobrepasar una persona de procedimientos quirúrgicos. Si hoy algunos gestores creen que la seguridad no será de sus prioridades como objetivo, indicando la nula vinculación de relación continua y lógica entre una gestión efectiva de la misma y la "hartíflinuxtividad" con los malos resultados eventos adversos.

Los autores Tola Janeth, Briones Juan, Grunauer Fabián, en su investigación denominado *"seguridad en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos"*, nos indican que en la actualidad cada vez es posible confirmar que comúnmente un individuo acude a una cirugía debido a que necesita mantener su bienestar en su salud y el personal sanitario es el instrumento para llegar a ese objetivo, pero hay informes preocupantes que agravan la disciplina sanitaria; objetivo: observar al personal de enfermería cuando está en ambiente quirúrgico; metodología: observacional, guía directa, 322 enfermeros, experimental, prospectiva; resultados: 21% no cumplió con todos los indicadores antes a la inducción anestésica, en las cuales, estuvo la marcación del sitio qx, seguido, del 20% incumple el equipo en no presentar con nombres y roles de todo el personal de quirófano y con el 17%, antes de la salida del quirófano, dificultad al encontrar solución a los junto al equipo (13).

En Ontario se realizó un estudio sobre el seguro médico para pacientes sometidos a cirugía gastrointestinal mayor, con el objetivo de proporcionar un análisis detallado de las resecciones quirúrgicas mayores en la práctica clínica y determinar parámetros pronósticos detallados. Se observó un alto porcentaje de

mortalidad, con un 13,5% a los 30 días postoperatorio (663 pacientes fallecieron tras la cirugía, 481 de ellos durante el periodo operatorio) y un 19,6% a los 90 días (1.005 pacientes fallecieron en total, 599 de ellos). La infección del sitio quirúrgico (ISQ) es un factor determinante, siendo inferior a las tasas encontradas en la literatura internacional (2,6% vs 5-9% en pacientes con procesos indicativos de mortalidad) pero clave a la hora de considerar medidas preventivas y evitar puntuaciones.

En cuanto al Impacto a las morbimortalidades por las prácticas seguras previo a la inducción anestésico a personas que son sometidas a procedimientos ambulatorios, en las regiones que tienen naciones industrializadas, se han reportado alrededor del 2 al 17% hospitalizaciones que resultan por consecuencias a procedimientos de cirugías mal realizadas, e incluso, el 7% culmina en discapacidades y el 2% fallecen; objetivo: determinar las complicaciones que se desarrollaron por el déficit de aplicación correcto del listado de seguridad quirúrgico en niños; metodología: 87 enfermeros, 47 anestesiólogos, 112 médicos, matriz de observación directa basa en un documento de control para garantizar la seguridad durante procedimientos quirúrgicos e indirecta por la revisión de HC a 255 pts; resultados: en la entrada, no averiguaron con el tutor si el pediátrico tiene o no alergias conocidas (11%) y tampoco tienen preparados instrumentos de emergencia (10.7%), en la pausa qx, la enfermera, anestesista y cirujano no confirmaron verbalmente el lugar donde van a operar (13%) y en la salida, no confirmaron de forma verbal el nombre de procedimiento (8%) (14).

En otra investigación, Arroyo E, ha verificado que solo un 53.1% de cumplimiento en la revisión preanestésica del paciente; determinando en los procedimientos farmacológicos, el 46.9% de incumplimiento en la preparación del anestésico intravenoso/comprobación de aparatos por parte del anestesiólogo; 16% de los casos no cumplieron con colocar el pulsioxímetro cuando el paciente ya está en la mesa quirúrgica y no comprueban el funcionamiento previo del dispositivo médico; es decir, en hasta 3 de cada 10 pacientes, el oxímetro de pulso se encontraba al descubierto y no se hallaban en contacto con la piel.

En un artículo de observación directa, se evidencia que un gran número de prácticas seguras son realizadas con los pacientes antes de realizar el procedimiento de inducción anestésica, estas tienen estrecha relación con las medidas que se deben tomar antes y en el transcurso del procedimiento, pero también se presentaron algunos hallazgos que nos indican la falta de aplicación de una medida de seguridad. Arrojando que el total de accidentes reportados en el periodo establecido ocurrió más en la inducción anestésica desde nuestros pacientes en el porcentaje 11.5%; observando el bajo cumplimiento en la preparación para el manejo de la vía aérea desde el 7.5%, así mismo, no prepararon líquidos y 2 vías centrales para responder ante la emergencia y el 6% no verificaron alergias conocidas.

Moreno J (España-2023), las infecciones nosocomiales (IN) más importantes son, sobre todo, las quirúrgicas (70%), de las que tres cuartas partes desencadenan procesos graves, como fiebre, sepsis o abscesos. En Europa, aunque los regímenes nacionales de elaboración de informes son muy diferentes, la tasa de infección alcanza aproximadamente los 4 millones de casos por año, con unos 39.000 fallecimientos, 32 millones de días de estancia en cama de coste alrededor de 7.000€ por caso. Por lo que, aplicaron un listado de observación, donde el 93% de su personal si realizan la revisión respectiva del check list de cirugía, sin embargo, el 7% no verifica las identidades de los pacientes y así mismo no confirman el sitio quirúrgico (15).

Cajamarca K, Pogo D (Ecuador-2023), el personal de enfermería, gracias a su formación y experiencia, posee una visión centrada en el ser humano respecto al cuidado y la salud de sus pacientes. Su labor consiste en asistir a las personas, ya sea en buen estado de salud o enfermas, en la realización de actividades que fomenten su bienestar o recuperación. En el ámbito quirúrgico, el trabajo de enfermería se enfoca en los procedimientos quirúrgicos y los cuidados antes, durante y después de la cirugía, con el objetivo de garantizar una intervención segura. Por lo tanto, este estudio tuvo como propósito examinar el punto de vista del staff enfermero en relación con la habilidad de una cirugía segura. Resultados: 59% no cumple con revisar los indicadores de esterilización en los

instrumentales u otros materiales, 43% no soluciona los problemas con los equipos, 2% no visualizan las imágenes diagnósticas principales (16).

Troya D, Yagual G (Ecuador-2020), titulan su trabajo como “Ejecución de la lista de verificación de cirugía sin riesgos.”. En 2016, por la organización mundial sanitaria sugirió una lista de control con el fin de asegurar la protección en las operaciones quirúrgicas. El Ministerio de Salud Pública comenzó a aplicar esta medida en 2013. No seguir este procedimiento puede resultar en complicaciones graves. Objetivos: Evaluar el desempeño ante la lista de control de Intervenciones quirúrgicas Seguras. Muestra: la comunidad está compuesta por 31 cirujanos, 20 anesthesiólogos, 18 asistentes de cirugía y 17 especialistas en instrumentación. Instrumentos: manual de observación en persona y cuestionario. Resultado: 2% no indica de forma verbal los procedimientos y el 12% a veces lo realizan; 8% a veces recuentan las pinzas/gasa/aguja; 24% no o a veces verifican el etiquetado de las muestras y el 12% pocas veces revisan aspectos de recuperación y tratamientos. Conclusión: Durante las etapas de inicio y pausa, el equipo quirúrgico sigue cada uno de los indicadores del listado de control, pero en la fase de finalización, algunos detalles suelen ser olvidados, lo que impide que el personal complete la hoja de chequeo en su totalidad (17).

En Colombia (2021), en una investigación de tipo transversal. El foco principal del cuidado es garantizar su estabilidad, y una de las tácticas utilizadas por la OMS es la lista de control para asegurar la seguridad durante los procedimientos quirúrgicos. Se buscaba establecer el grado de seguimiento en la aplicación de la lista de supervisión para el resguardo de los individuos que reciben atención del equipo médico de quirófano en una entidad gubernamental. Resultado: La tasa de cumplimiento total fue del 13.3% (n=6), destacándose la etapa anterior a la administración de la anestesia con el nivel más alto de cumplimiento (55.6%, n=25). El equipo de especialistas en instrumentación quirúrgico alcanzó el grado más alto responsabilidad ante las actividades, con un 100%. Asimismo, se detectó una conexión entre la cantidad de años laborados en el sector y el nivel de éxito durante la etapa de transición ($\rho = -0.30$, $p = 0.048$). Conclusión: La adhesión a la lista de verificación fue escasa en general, con variaciones en los

comportamientos, ya que las instrumentadoras quirúrgicas mostraron una mayor adherencia al cumplir. La prevención mediante el uso de antibióticos es el aspecto con menor índice de haber realizado, a diferencia de la etapa antes de la salida del paciente quirúrgica (18).

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. Definición de Calidad

La terminología “calidad” tiene sus raíces en la palabra griega “Kalós”, significaba tanto bueno como precioso, en los dos sentidos se tradujo al latín “Qualitas”, que la enciclopedia lo conceptualiza como el grupo de características influyentes en la forma de ser del individuo; esto, prácticamente es una definición subjetiva, porque cada persona tiene su peculiar percepción del artículo o trabajo (19).

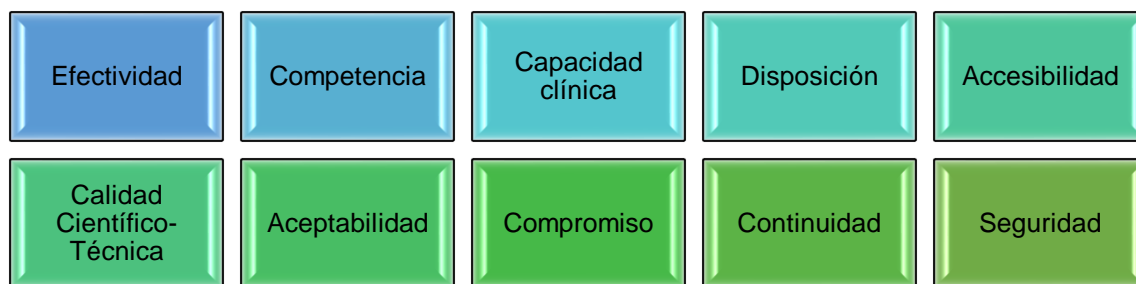
En términos generales, el cumplimiento implica satisfacer los estándares y requisitos establecidos con el fin de cumplir con las demandas y deseos de los pacientes (20). En el contexto empresarial, la noción de calidad está vinculada a la eficiencia y eficacia en la creación de productos o conjunto de actividades que sustentan a completar servicios, asegurando su fiabilidad, durabilidad y consistencia en el cumplimiento de su función (21). La gestión de la calidad busca mejorar de forma continua los procesos para alcanzar niveles superiores de desempeño y agrado del cliente (22).

Además, la calidad no solo se limita a aspectos tangibles como la apariencia o funcionalidad de un producto, sino que también abarca aspectos intangibles como atender a los clientes de manera eficiente y resolver problemas con prontitud es fundamental y la experiencia global que ofrece una marca (23).

2.2.2. Calidad en Atenciones

Para garantizar la excelencia en las prestaciones directas en el sector de la salud, es fundamental tener en cuenta lo siguiente:

Figura 1: Dimensiones en calidad asistencial



Fuente: Elaboración Propia

Eficacia. - Según varios expertos en la materia, este concepto se puede describir como la proporción existente entre los objetivos inicialmente establecidos y los logrados en situaciones óptimas o de ensayo.

Eficiencia operativa. - se entiende como la conexión entre la efectividad concreta de servicios o programas y su costo total de producción, teniendo en cuenta todos los recursos involucrados en el proceso. es un indicador clave para evaluar la gestión dentro de una entidad corporativa, es fundamental, ya que posibilita medir cómo se están utilizando los recursos disponibles para lograr los objetivos establecidos. Una alta operatividad se traduce en un uso óptimo de los recursos y en la maximización del impacto de las acciones realizadas.

La capacidad clínica. - de un profesional de la salud se encuentra directamente ligada a su desempeño en el campo, el cual debe caracterizarse por la optimización y la efectividad al utilizar los recursos disponibles, evitando la utilización de procedimientos o tratamientos superfluos que no aporten un beneficio claro para el paciente.

Accesibilidades. - facilidades con la que se pueden obtener, en todo momento o circunstancia, los servicios de saneamiento, pese a los probables contratiempos económicos, geográficos, organizativas, psicológicos y culturales que puedan presentarse.

Disposición: Nivel en el que los servicios de atención médica se encuentran en condiciones operativas óptimas y listas para ser utilizados en cualquier momento. La disponibilidad, entendida como la capacidad de acceder a algo en

el momento deseado, implica necesariamente la accesibilidad, es decir, la posibilidad real de llegar a dicho recurso de manera efectiva y sin obstáculos.

Calidad Científico-Técnica. - El nivel de aplicación de los conocimientos científicos y la tecnología disponible en la actualidad es fundamental para garantizar el éxito en cualquier proyecto. Es imprescindible mantener una actualización constante de los conocimientos a través de una formación continua y la adopción de las últimas innovaciones tecnológicas.

Aceptabilidad. - en este contexto también se considera la disposición de las personas a aceptar ciertas normas o condiciones.

La satisfacción del cliente es esencial asegurar la fidelidad y lealtad hacia la institución.

- Hace referencia al grado de cumplir las perspectivas del cliente referente a los servicios prestados y efecto obtenido posterior a la interacción. Es importante que la institución redoble sus esfuerzos para que las perspectivas de los asistentes puedan sobrepasar lo que ellos esperan por la atención.
- La satisfacción del cliente no solo se traduce en la repetición de asistencias al sitio, sino también en la recomendación a otros potenciales consumidores, lo que contribuye al crecimiento y éxito del negocio a largo plazo. Incluye la satisfacción general con la organización en lo que respecta a la atención médica, la excelencia del servicio es fundamental en la asistencia recibida, la competencia y empatía de los profesionales acerca del bienestar, junto con los logros alcanzados después de atención sanitaria brindada (24).

Compromiso del paciente: Grado en que el individuo continuo de forma diligente, constante y proactiva el plan de cuidados prescrito por el profesional de la salud, demostrando un alto grado de responsabilidad y participación en su proceso de recuperación. La calidad y eficacia del tratamiento médico estará directamente influenciada por la solidez y profundidad de la conexión emocional que se pueda establecer entre el paciente, en su condición de receptor de cuidados médicos, y el experto en salud, desempeñando su función de proveedor de servicios sanitarios.

Es un componente esencial y de suma importancia en la atención médica ambulatoria, ya que contribuye de manera significativa y notable al bienestar y la salud integral de los pacientes que acuden a recibir tratamiento y seguimiento médico.

Continuidad del cuidado: Enfoque integral que considera al paciente en su totalidad dentro de un mecanismo de cuidado de la salud coordinada y colaborativa. Los diferentes servicios de atención médica deben ser proporcionados de manera continua y coordinada para garantizar que el plan de cuidados de un paciente pueda avanzar de manera efectiva y sin interrupciones innecesarias.

Competencia profesional: Habilidad y destreza del profesional para aplicar de manera efectiva y eficiente sus amplios conocimientos en el desempeño de su labor de brindar atención médica de calidad y garantizar la plena felicidad de todas las personas que acuden para servicio salud. Se refiere tanto a la función operativa como a la relacional, tanto del profesional sanitario como la coordinación eficaz de las diferentes áreas de una organización es esencial para el buen funcionamiento de la misma. Es de vital importancia considerar tanto la dimensión práctica como la comunicación entre los distintos participantes que forman parte de sistema de salud.

Seguridad: Mantener un equilibrio favorable entre las ventajas y los peligros de una específica situación o acción.

2.2.3. Cirugía

Menor: Este tipo de intervención se realiza mediante la asistencia al paciente ambulatorio o internado. Una parte significativa de estos pacientes requieren procedimientos considerados menores, los cuales son una carga significativa en términos de protección. Alrededor del 50% de los incidentes y sucesos adversos están relacionados con estos procedimientos.

General: El término nace debido a un esfuerzo de especialización de algunos cirujanos que crean agrupaciones enfocadas a varios órganos o aparatos, lo cual llevó al cirujano general a asociarse con quien operara el cerebro o el corazón, limitándose él inicialmente a las operaciones sobre los riñones, vejiga, sistema oste melar, aparato geniculado y oftálmico, aparato genital de la mujer y ano-recto. Se precisa la cirugía en los diferentes sistemas, surgiendo la cirugía infantil, digestiva o torácica. De allí nace la especialidad de aparato digestivo en 1966.

2.2.4. Seguridad del Paciente

La seguridad del paciente (SDP) es el conjunto de elementos materiales y simbólicos que son capaces de producir o hacer menos probable un daño iatrogénico, para lo cual se suelen tener en cuenta varios conceptos globales: absolutos (eventos, lesiones, muerte), relacionados con el personal sanitario, con el entorno, sin intención de esperanza y creencia en la calidad; y relativos (operación, hospital), evaluados en nuestro medio y con periodicidad habitual, que reflejen la situación particular de cada área de salud (25).

Inclusive, se considera imprescindible establecer un clima de seguridad en el centro (liderazgo, comunicación, formación e información de profesionales), una cultura organizacional segura, una higiene de manos adecuada por parte de todos los profesionales y fomentar los grupos colaborativos (Comités de Seguridad del Paciente, Hospitales Centinela, Campañas Seguras Quirúrgicas...).

Se establecen prácticas seguras en todos los procedimientos, basadas en el conocimiento, la prudencia, revisadas y actuales. Normas claras y consensuadas para la actuación ante ciertos eventos adversos (caídas, incidentes críticos...).

Por ende, las funciones del equipo quirúrgico para mantener la seguridad del paciente desde que ingresa a la sala de quirófano, son las siguientes:

Figura 2: Funciones de acuerdo a la lista de verificación de cirugía segura

Enfermero	Anestesia	Cirujano	Cirujano, anestesista y enfermero
<ul style="list-style-type: none"> • Verificación de la esterilidad a través de los resultados de los indicadores, y en caso de que surjan incertidumbres o dificultades vinculadas al instrumental/equipos. • Confirmar administración de antibióticos los últimos 60min • Confirmación de identidad del paciente • Confirmación de esterilización (indicadores) • Duda o problema relacionado al equipo e instrumentales • Recuento de instrumento, gasas y agujas • Etiqueta en muestras • Resolver problemas con instrumentales o equipos 	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de que el individuo experimente alguna dificultad específica en sus vías respiratorias • Colocación del pulsioxímetro y funcionamiento del mismo • Verificación de dispositivos de anestesia y medicaciones anestésicos • Verificar vía aérea complicado/riesgo de aspiración 	<ul style="list-style-type: none"> • Los momentos cruciales e inesperados, el tiempo que tomará la cirugía y la cantidad de sangre que se espera perder. • Visualizar imágenes diagnósticas esenciales • Marcación del sitio quirúrgico • Prever probabilidad de hemorragia >500ml (7ml/kg en infantes) • confirmación sitio quirúrgico • Confirmación de o los procedimientos realizados • Pasos cruciales o no planificado • Extensión de la cirugía • Espera de pérdidas sanguíneas 	<ul style="list-style-type: none"> • La identificación del individuo • El sitio anatómico donde se va a intervenir • Procedimiento • Verificar si el paciente tiene alergias conocidas • Aspectos críticos en recuperación y tratamiento de la persona

Fuente: Marcillo Loor Patricia Isabel y Salgado Benavides Lidia Elena

2.2.5. Checklists de Seguridad Quirúrgica

El uso del checklist es una herramienta que ha mostrado ser útil para prevenir los principales eventos adversos en las cirugías, evitando consecuencias importantes al paciente y al equipo médico. Saber que su uso ha mostrado un impacto positivo en todas las dimensiones del problema no es suficiente para impulsarlo en la práctica clínica, ya que habitualmente a los profesionales no les gustan los cambios en sus rutinas de trabajo habituales y no perciben positivamente la introducción de sistemas forzados en su actividad clínica. Por ello, resulta crucial realizar un profundo análisis de la situación presente y definir

aquellos aspectos inadmisibles por amenazas de alto riesgo, implicando a todo el equipo médico.

El checklist utilizado en el ámbito médico tiene diferentes puntos que se deben seguir en una línea vertical desde el primer paso hasta que se complete. Esto garantiza que el usuario esté siguiendo los pasos como se planeó. Considera 19 pasos y pretende identificar que se verifique que todos los aparatos y herramientas se encuentren en buen estado antes de que el paciente ingrese a quirófano y 12 puntos referentes a los procedimientos y actividades quirúrgicas.

Las estrategias previamente desarrolladas para proteger al paciente quirúrgico se vienen agrupando en el término seguridad quirúrgica, que parte de la definición de seguridad del paciente de la OMS, entendido como evitar que ocurran situaciones negativas en los pacientes durante la asistencia médica, evitables por efectos del sistema de atención clínica. Dos de las herramientas preventivas que actualmente están teniendo relevancia en el contexto del área quirúrgica son las listas de comprobación. Son múltiples los estudios que demuestran de forma consistente que después de la implementación de programar o listas de comprobación ocurre una reducción significativa de eventos adversos y muerte; así mismo, logra mejorar notablemente la comunicación y el trabajo en equipo entre el interprofesional de un quirófano. *Ver figura 2*

El uso de esta herramienta disminuye las posibilidades de errores o eventos adversos en un 16% al no seguir la secuencia habitual de actividades, disminuye la mortalidad con una OR (Odds ratio) de 0.427 y reduce el número de eventos postquirúrgicos con un OR de 0.56. Anualmente, 234 millones de pacientes son sometidos a cirugía y 4 millones mueren dentro de los 30 días posteriores a la cirugía.

El desarrollo de estos instrumentos para el manejo de los enfermos es multidisciplinario, desde médicos, enfermeros, terapeutas físicos hasta trabajo social. La implementación implica un común esfuerzo entre líderes de los diversos servicios y personal de salud, quienes finalmente deben adherirse a los protocolos establecidos. Actualmente, la tendencia es la adopción de checklists

electrónicos, haciendo uso de sistemas con alertas e indicadores que facilitan la implementación, programación y vigilancia del uso del checklist (26).

Figura 3: Checklists de Verificación para la Seguridad de la Cirugía

Entrada	Pausa quirúrgica	Salida
<p><input type="checkbox"/> El paciente ha confirmado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su identidad. • El sitio quirúrgico. • El procedimiento. • Su consentimiento. <hr/> <p><input type="checkbox"/> Demarcación de sitio/no procede.</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Si ha completado el control de la seguridad de la anestesia.</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Pulsioxímetro colocado y en funcionamiento.</p> <hr/> <p>¿Tiene el paciente: alergias conocidas?</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí.</p> <p>¿Vía aérea difícil/riesgo de aspiración?</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, y hay instrumental y equipos/ayuda disponible.</p> <p>Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/EG en niños)</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, y se ha provisto la disponibilidad de acceso intravenoso y líquidos adecuados.</p>	<p><input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función.</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Cirujano, anestesista y enfermero, confirmar verbalmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La identidad del paciente. • El sitio quirúrgico. • El procedimiento. <hr/> <p>Previsión de eventos críticos:</p> <p><input type="checkbox"/> El cirujano revisa: los pasos críticos e imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista.</p> <p><input type="checkbox"/> El equipo de anestesia revisa: si el paciente presenta algún problema específico.</p> <p><input type="checkbox"/> El equipo de enfermería revisa: si se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores) y si existen dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos.</p> <hr/> <p>¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí.</p> <p><input type="checkbox"/> No procede.</p> <hr/> <p>¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí.</p> <p><input type="checkbox"/> No procede.</p>	<p>El enfermero confirma verbalmente con el equipo:</p> <p><input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento realizado.</p> <p><input type="checkbox"/> Que los recuentos de instrumentos, gasas y agujas son correctos (o no proceden)</p> <p><input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (que figure el nombre del paciente).</p> <p><input type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos.</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> El cirujano, el anestesista y la enfermera revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente.</p>

Fuente: OMS (14)

2.3. MARCO LEGAL

Constitución de la República del Ecuador

Art. 15.- (Derecho a la excelencia) (25). - “En todas las áreas de desarrollo del conocimiento humano, incluyendo la ciencia, la tecnología, las artes, la educación y la cultura, se garantizará el acceso universal, y las condiciones para alcanzar la excelencia por las personas, grupos y colectivos de manera individual o asociativa. El Estado impulsará y fomentará el acceso y la preservación del conocimiento y de los saberes ancestrales. Ejercerá la rectoría de la educación para asegurar el derecho de todos los seres humanos a una educación integral, de alta calidad, equitativo, inclusivo, laico e interculturalizado y democrático, participativa y permanente, en cada uno de los niveles y formas del sistema educativo (27).

Señala. - El bienestar es un privilegio esencial de la condición humana. El Estado garantizará este derecho, adoptando acciones pertinentes para garantizar el respeto, promueva, proteja y garantice (28). Además, dispondrá las políticas necesarias de orientación al cuidado de la salud en todas sus áreas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y sanción relativa al sector de la salud.

El artículo 67, garantiza a las personas que se realicen intervenciones quirúrgicas o que se les practiquen procedimientos terapéuticos que tengan por objeto su esterilización, la posibilidad de determinar por sí mismos o con sus representantes legítimos la actuación o no del galeno (29).

Convención sobre Derechos Humanos en Ecuador

Artículo 41.- dictamina que: " Cada individuo merece que su existencia sea respetada. La ley garantizará la protección de este derecho desde el momento en que se inicie la concepción " (30). Con esto, se reconoce el derecho a vivir empieza en el momento exacto en que tiene lugar la concepción (31). Este escrito ha sido utilizado principalmente en los análisis relacionados con la decisión dictada por el tribunal interamericano de derechos humanos, conocida como la Corte IDH (32).

Código Orgánico de la Niñez y Adolescencia

Art. 19.- establece que, si el tipo de cirugía en menores de edad coloca en riesgo la el bienestar y vida o libertad del menor, se procederá conforme a la jurisdicción contemplada en esta Ley. Se confirma el derecho del niño, niña y adolescente a mantener y disfrutar de su salud integral, incluido la accesibilidad permanente a servicios de salud de alto nivel y excelencia en calidez, sin discriminación de etnia, preferencia sexual, expresión de género o personalidad. cualquier otra causa, con énfasis en el fomento de hábitos de vida que promuevan la salud (33).

Código Orgánico de La Salud

Art. 38 N°21 señala: Responsabilidades profesionales y sanciones. El ejercicio profesional incluirá responsabilidades propias del ámbito profesional, empresarial y docente, determinadas en las normativas, en los convenios,

tratados y acuerdos internacionales aprobados en conformidad con lo dispuesto en la Constitución y en las leyes, en los códigos de ética profesional y deontología, en la normativa institucional y, en lo no regulado por estas disposiciones, en las normas orientadoras para el adecuado ejercicio profesional, en concordancia, en todo caso, con los principios rectores del Sistema Nacional de Salud.

Código Orgánico Integral Penal

El Art. 433 de la misma norma establece que: La muerte civil es: La declaratoria judicial de ausencia declarada después por la justicia que el ausente ha fallecido...

Art. 152.- Si el cirujano o el médico tratante actuare sin que conste el consentimiento del paciente o su representante, será penado con privación de libertad de uno a seis meses, además, establece un control por el tipo penal, marcando como "Consentimiento inexistente" y tendría una sentencia que implica la restricción de la libertad por un período de tiempo que va desde un mes hasta tres años sin prever medidas sustitutivas.

Sanciones.

- ✓ Son sanciones disciplinarias. -
 - Pública o privada de la actividad profesional, conforme lo que resuelva el tribunal deontológico o autoridad de salud competente. A diferencia de la suspensión general que se resuelve por sentencia ejecutoriada y con efectos erga omnes, la suspensión impuesta por autoridad de salud competente se referirá únicamente a las actividades en la entidad, organismo, servicio o establecimiento que en calidad de trabajador o dependiente se ejerza o preste en ese momento.
 - Prohibición de ejercer la profesión el término de seis (6) meses a cinco (5) años o la excedente a este último plazo, por parte del tribunal deontológico."

Código de Ética Médica

El consentimiento informado exige que el sujeto tenga capacidad (art. 18.1) para ser informado y posea información (art. 18.2) sobre las alternativas y riesgos de una actuación médica; esto como uno de los deberes de la ley y, por tanto, de los profesionales. Exenta de responsabilidad al profesional en el caso de contraer enfermedad durante el ejercicio de su profesión, accidente, o por las técnicas usadas para la curación. Dentro del campo del compromiso civil en el desempeño profesional del personal médico se debe determinar que los actos u omisiones dolosos del personal médico que causen daños.

Artículo 20.- recomienda al profesional dar información al paciente, o a quien éste designe, sobre las alternativas del diagnóstico, pronóstico y tratamiento. El mismo estipula que el procedimiento de consentimiento informado debe ser escrito; la negligencia al no hacerlo o suministrar información inadecuada constituye más que una falta ética, un delito legal y deriva en responsabilidades penales. Las disposiciones jurídicas obligan a todo profesional a tener conocimientos de informática, medicina legal, farmacéutica, medicina social y ética.

Art 39.- El médico es responsable no solamente del diagnóstico sino también de la información que da al paciente. Tratando a un paciente menor, la responsabilidad del médico no debe ser menor. La normativa legal vigente lo sanciona, tanto al médico cuanto a su auxiliar (empresario, director clínico).

Ley Orgánica de Salud

Art. 310.- Bajo ningún concepto, realizar cobros o montos adicionales por tratamientos, medicaciones o procedimientos intradiferenciales. Los derechos de los beneficiarios o pacientes son irrenunciables en un contexto asistencial o de protección a la salud. Incurren en delito o faltas disciplinarias quienes vulneren estos derechos

El médico o el equipo de salud que violare las normas éticas o legales serán sancionados por el Tribunal de Honor o el órgano respectivo de la institución de

salud. Ninguna ley podrá autorizar acción o conducta que atente contra la ética profesional.

CAPÍTULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio

Nivel: Descriptiva, porque se enfocó en recopilar y analizar información detallada sobre las prácticas seguras del paciente que será sometido a una cirugía. En lugar de proponer cambios o intervenciones específicas, el objetivo sería describir y comprender la situación actual, identificar patrones, tendencias y posibles áreas de mejora (34).

Método: Se considera cuantitativo ya que se fundamenta en la recolección y el estudio de información numérica y estadística vinculada a la seguridad del paciente en esta situación específica (35).

Diseño

Según el tiempo: Prospectivo, enfocándose en seguir al personal a medida que atraviesan sus actos quirúrgicos, lo que permite recopilar datos en tiempo real y observar la evolución de los resultados y prácticas a lo largo del tiempo (36).

Según la secuencia de los hechos: Transversal, enfocada en recopilar información en un punto específico en el tiempo, sin seguimiento a largo plazo; permitiendo obtener una instantánea de la situación en un momento determinado, sin monitorear la progresión de la muestra a lo largo de un período prolongado. (37)

3.2. Población y muestra

La población se encontró constituida por 103 personas parte del equipo de cirugía general compuesto por cirujanos, anestesiólogos, enfermeros que trabajan en áreas de quirófano de cirugía general en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos de la Ciudad de Guayaquil. La muestra estuvo constituida por el 100% de la población.

3.3. Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión:

- El equipo de central quirúrgica de cirugía general (quirófano)
- Personal de salud: Licenciados (a) y auxiliares en enfermería, internos en medicina y enfermería.
- Laborando en área de quirófano y de procedimientos ambulatorios
- Personal que laboren en las áreas de cirugía del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos de la Ciudad de Guayaquil, durante el periodo 2023-2024

Criterios de exclusión

- Estudiantes de enfermería, medicina o de otra carrera, laboratoristas, etc.
- Personal que trabaje en otras áreas
- Personal que no labore en quirófano del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos de la Ciudad de Guayaquil, durante el periodo 2023-2024
- Personal que no haya firmado el consentimiento informado

3.4. Procedimiento para la recolección de la información

Técnica: Observación directa

Instrumento:

Se utilizó una hoja de chequeo basada en la lista de verificación de cirugía segura (38) para registrar las acciones que se llevan a cabo antes de administrar la anestesia, previo a la incisión y antes de que el paciente salga del quirófano, como parte de las intervenciones de la cirugía segura. (39).

3.5. Técnica de procesamiento y análisis de datos

Tabulación de los datos cuantitativos en la aplicación Microsoft Excel y análisis de datos en el programa SSPS para las variables e indicadores en estudio

3.6. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano

- Acuerdo de autorización
- Oficio de habilitación para aplicar instrumento por parte de Gerencia hospitalaria y unidad de docencia

3.7. Operacionalización De Variables

Variable General: Seguridad del paciente en las cirugías general

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Antes de inducir a la anestesia	Confirmación del paciente: identificación, sitio de cirugía, procedimiento y consentimiento informado	Sí No
	Marcación del sitio quirúrgico	Sí No No procede
	Comprobación de aparatos de anestesia y medicaciones anestésicos	Sí No
	Colocación del pulsioxímetro y funcionamiento del mismo	Sí No
	Paciente tiene:	-Sí
	-Alergia conocida	-No
-Vía aérea complicado/peligro de aspiración	Sí	
Probabilidad de hemorragia >500ml (7ml/kg en infantes)	-No	
	-Si, y existen insumos/materiales disponibles	
	-No	

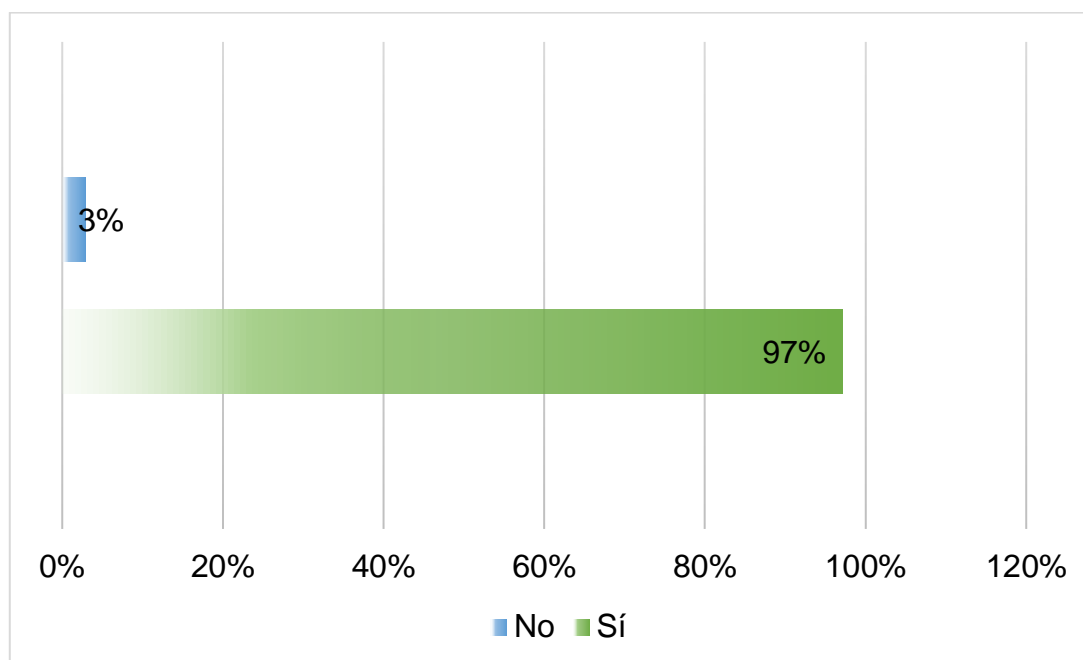
		-Sí y se tiene preparado líquidos y 2 vías centrales
Antes de la incisión	Todo el equipo se ha presentado por sus nombres y funciones	-Sí -No
	Confirmación de la identidad del paciente, sitio qx, procedimientos	-Sí -No
	Administración de profilaxis antibiótico en los últimos 60 min	-Sí -No
	Evitar situaciones críticas: Médico cirujano: -Momentos cruciales no planificado - Extensión temporal de la intervención. -Espera de pérdidas sanguíneas Anestesia: -Presentación de problemas específicos Equipo enfermero: Confirmación de esterilización (indicadores) -Duda o problema relacionado al equipo e instrumentales	-Sí -No
	Visualización de imágenes dx fundamentales	-Sí -No -No procede
	Enfermero:	Sí

<p>Antes de la salida del paciente de quirófano</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Nombre procedimiento -Reconteo de instrumento, gasas y aguja -Etiqueta en muestras: lectura en voz alta, nombre de paciente -Problemas a resolver con los instrumentales/equipos 	<p>-No</p>
	<p>Médico cirujano, especialista en anestesia, personal de enfermería: Elementos esenciales en la fase de recuperación y cuidado de la persona</p>	<p>-Sí -No</p>

4. RESULTADOS

4.1. Antes de inducir a la anestesia

Figura 4: Confirmación de información del paciente

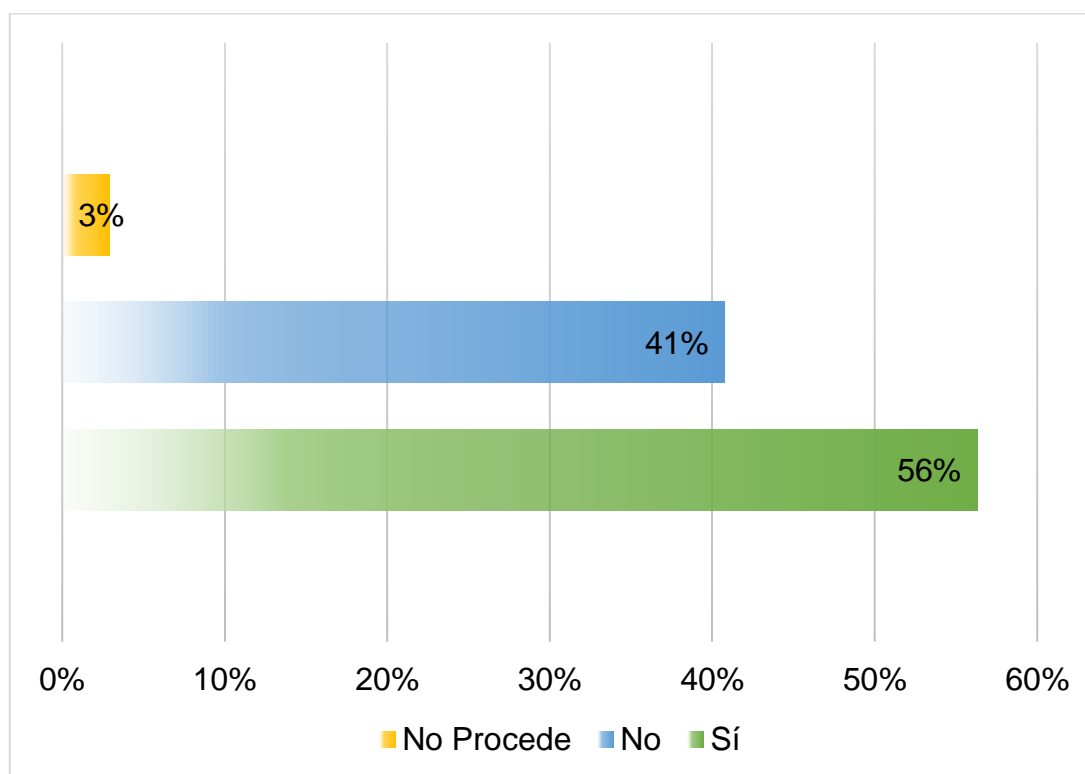


Elaborador por: Marcillo Loor Patricia Isabel & Salgado Benavides Lidia Elena
Fuente: Hoja de Chequeo

Análisis:

Acorde al recopilar la información a través de la técnica aplicada, se logró obtener que el 97% del personal que labora en áreas de quirófanos confirmaron los datos de los pacientes, entre ellos la identificación lugar de la cirugía (anatómico), qué tipo de procedimiento o del consentimiento informado. Distintas referencias, señalan que existen varias razones por las cuales puede haber un incumplimiento de esta índole; en ocasiones, el personal puede estar bajo presión debido a la cantidad de cirugías que tienen programadas o a situaciones inesperadas que surgen en el quirófano (40). También puede haber la ausencia del diálogo o coordinación dentro de los integrantes del equipo, lo que dificulta seguir los protocolos establecidos (25).

Figura 5: Marcación del sitio quirúrgico

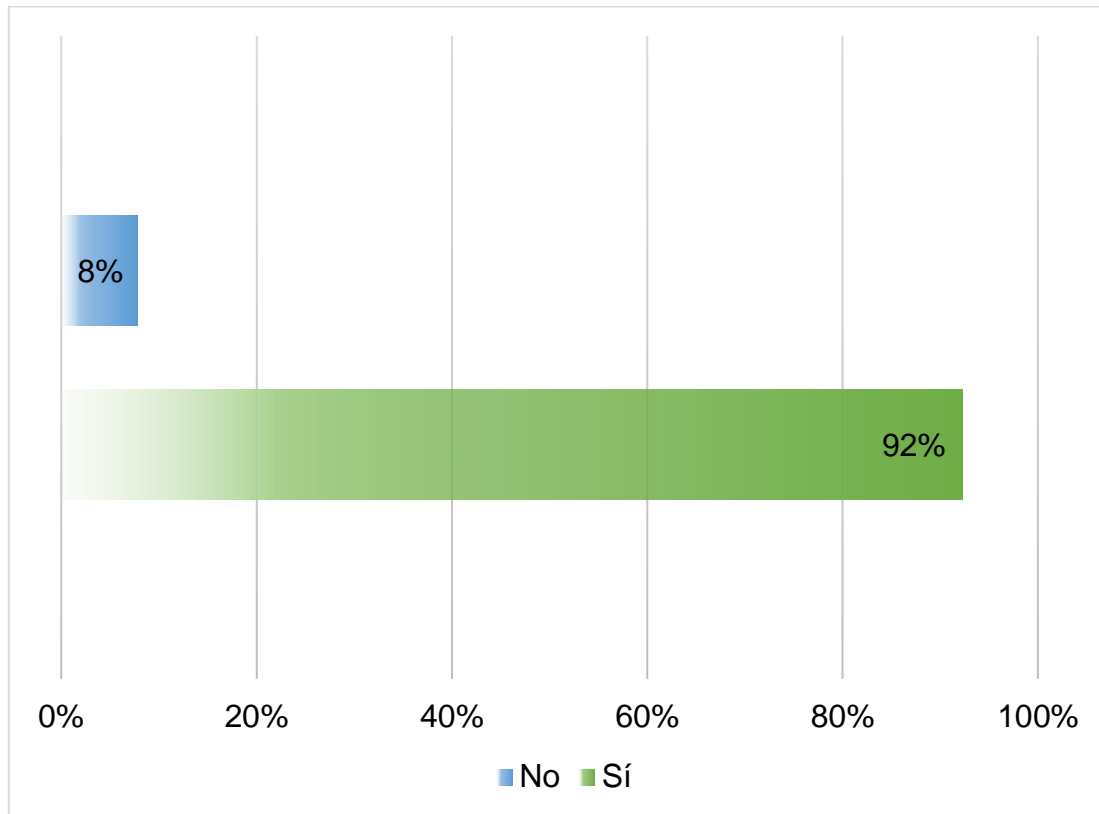


*Elaborador por: Marcillo Loor Patricia Isabel & Salgado Benavides Lidia Elena
Fuente: Hoja de Chequeo*

Análisis:

En esta figura, se muestra que el 56% de profesionales del equipo quirúrgico realizaron la marcado el lugar anatómico donde harán la incisión, por la falta de entrenamiento adecuado, falta de conciencia sobre la importancia de este paso previo a comenzar una cirugía, falta de tiempo o incluso descuido (41). También, incumplen con este paso porque en algunos casos el equipo quirúrgico ya tiene claro entre ellos la naturaleza del procedimiento o porque ya existe una confirmación clara y suficiente sobre el lugar donde se llevará a cabo la intervención.

Figura 6: Comprobación de aparatos y medicaciones anestésicos

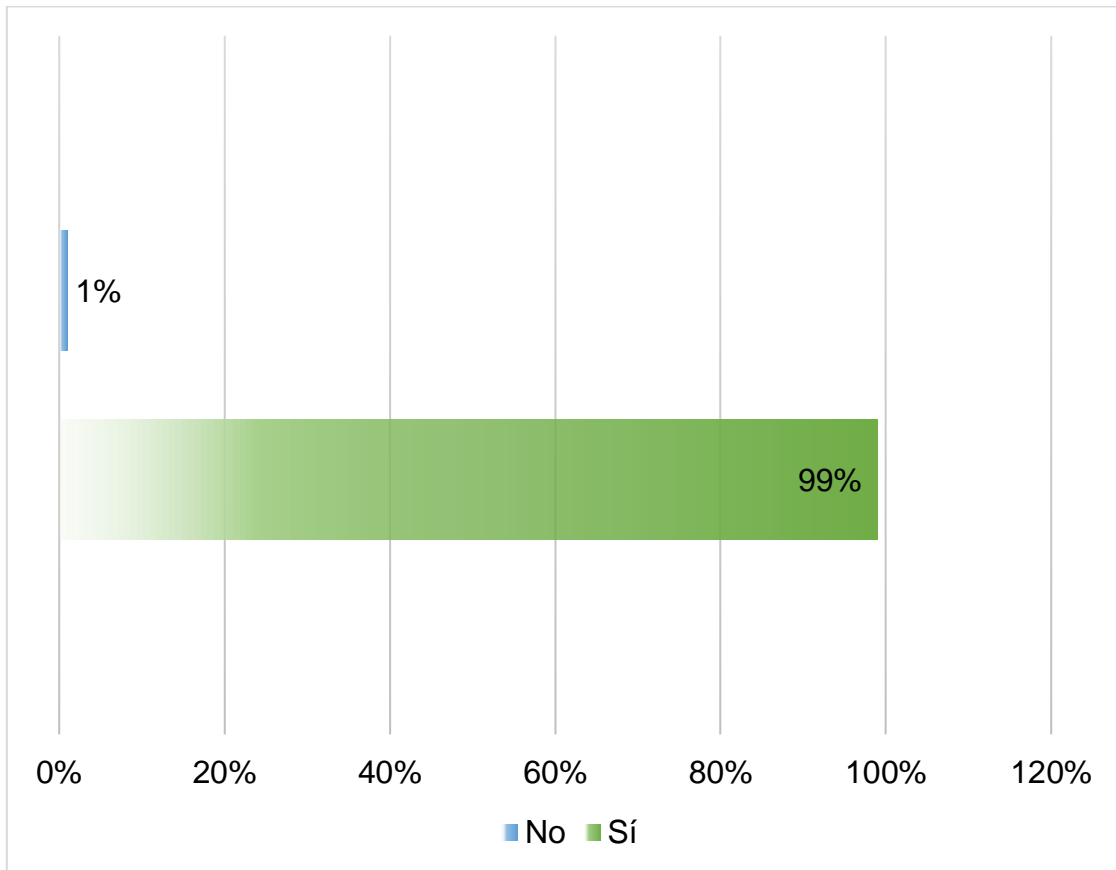


*Elaborador por: Marcillo Loor Patricia Isabel & Salgado Benavides Lidia Elena
Fuente: Hoja de Chequeo*

Análisis:

Según la figura, el 92% del personal comprobó los aparatos y medicación que se usa para la anestesia debido a la falta de rutinas establecidas que no priorizan estas comprobaciones por cada cirugía (42). Por otra parte, puede no llevarse a cabo la revisión de manera adecuada debido a la presión del tiempo o a una falta de protocolos claros en el hospital, entornos con alta carga de trabajo, el estrés y la prisa pueden llevar a que se omitan pasos importantes en el proceso de verificación, lo que podría comprometer la seguridad del paciente.

Figura 7: Colocación del pulsioxímetro y funcionamiento del mismo

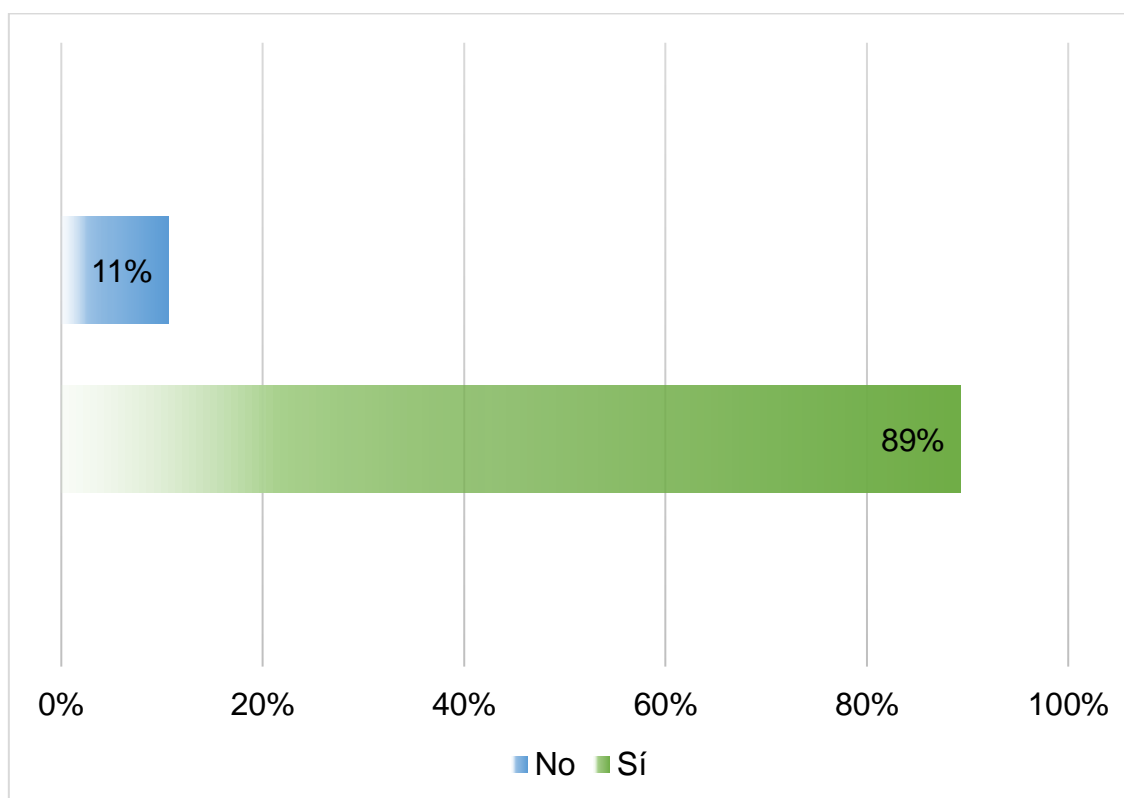


*Elaborador por: Marcillo Loo Patricia Isabel & Salgado Benavides Lidia Elena
Fuente: Hoja de Chequeo*

Análisis:

El 99% realizó la colocación del pulsioxímetro cuando el paciente ya está en la mesa quirúrgica y no comprueban el funcionamiento previo del dispositivo médico. Esta situación se puede desarrollar a causa del déficit a lo fundamental que es monitorear la saturación de oxígeno del paciente durante la cirugía, falta de tiempo, falta de recursos adecuados o incluso falta de formación específica en cuanto al uso y colocación del pulsioxímetro (cuando cambian de proveedores y el dispositivo tiene algo nuevo) (43).

Figura 8: Verificar si el paciente tiene alergias conocidas

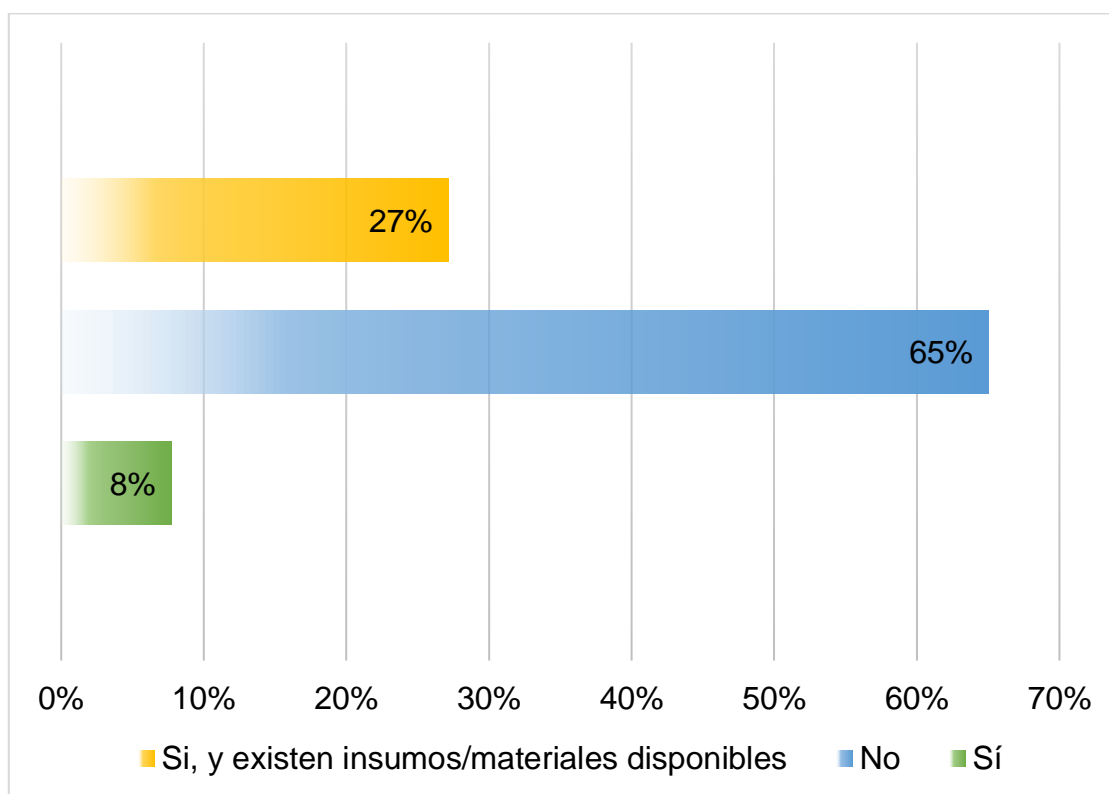


*Elaborador por: Marcillo Loor Patricia Isabel & Salgado Benavides Lidia Elena
Fuente: Hoja de Chequeo*

Análisis:

En cuanto a los porcentajes observados, el 89% verificó si existen o no alergias en el paciente que va hacer sometido a un proceso en quirófano. Aquello, puede ser debido a la carencia de una comunicación efectiva entre los integrantes del grupo médico, también la excesiva confianza entre el personal que hizo el ingreso de la persona, ya que, creería el profesional quirúrgico que ya se realizó toda la recolección de información del pcte por el anterior personal, o falta de un proceso establecido para recopilar y verificar la información sobre las alergias del paciente (44).

Figura 9: Vía aérea complicado/riesgo de aspiración

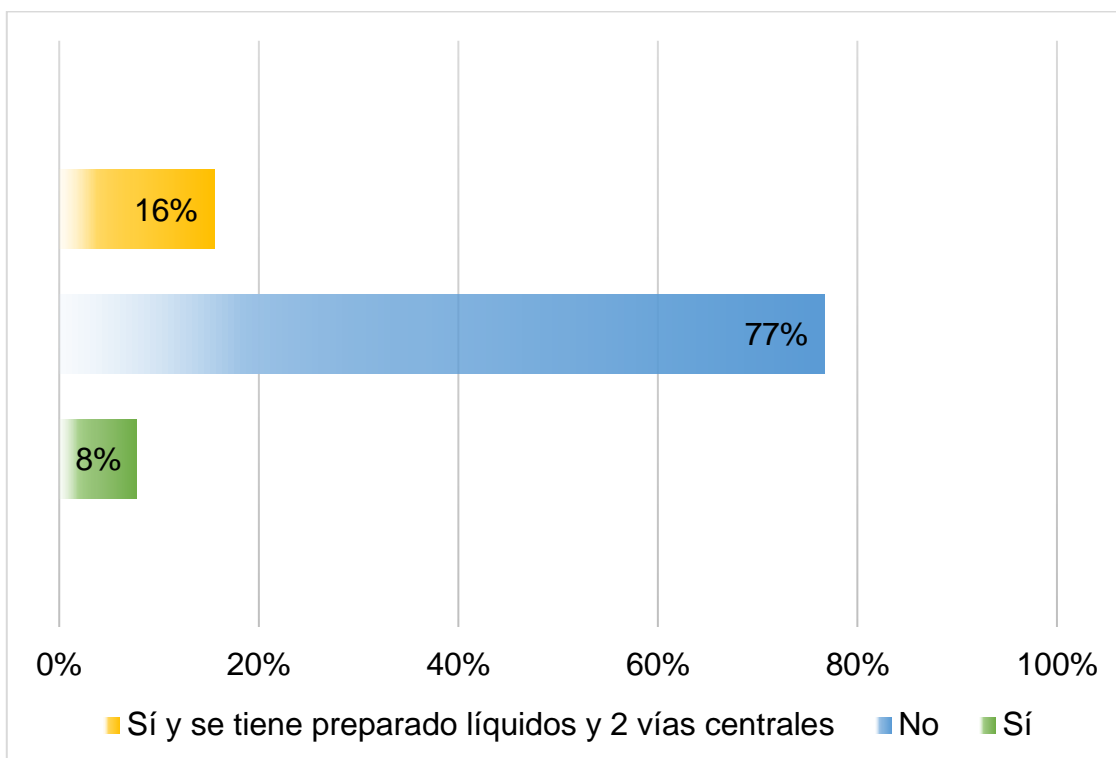


Elaborador por: Marcillo Loor Patricia Isabel & Salgado Benavides Lidia Elena
Fuente: Hoja de Chequeo

Análisis:

Con respecto a las vías áreas complicadas o probabilidades de aspiración, se presentaron 27% de cirugías en las que se realizó la verificación y se contó con los insumos seguido de 36 casos, de las cuales el 8% del personal solo verificó las vías, pero no tenía preparado el insumo/material para cualquier emergencia de esta índole. Algunos estudios indican que esto acontece por la falta de planificación previa, déficit de entrenamiento específico en manejo de situaciones de emergencia, carencia de conocimiento acerca de la relevancia de estar preparados para estos escenarios o incluso falta de recursos adecuados, como los tubos endotraqueales de tamaños específicos, o la inexistencia de la pila para el laringoscopio (45).

Figura 10: Probabilidad de hemorragia >500ml (7ml/kg en infantes)



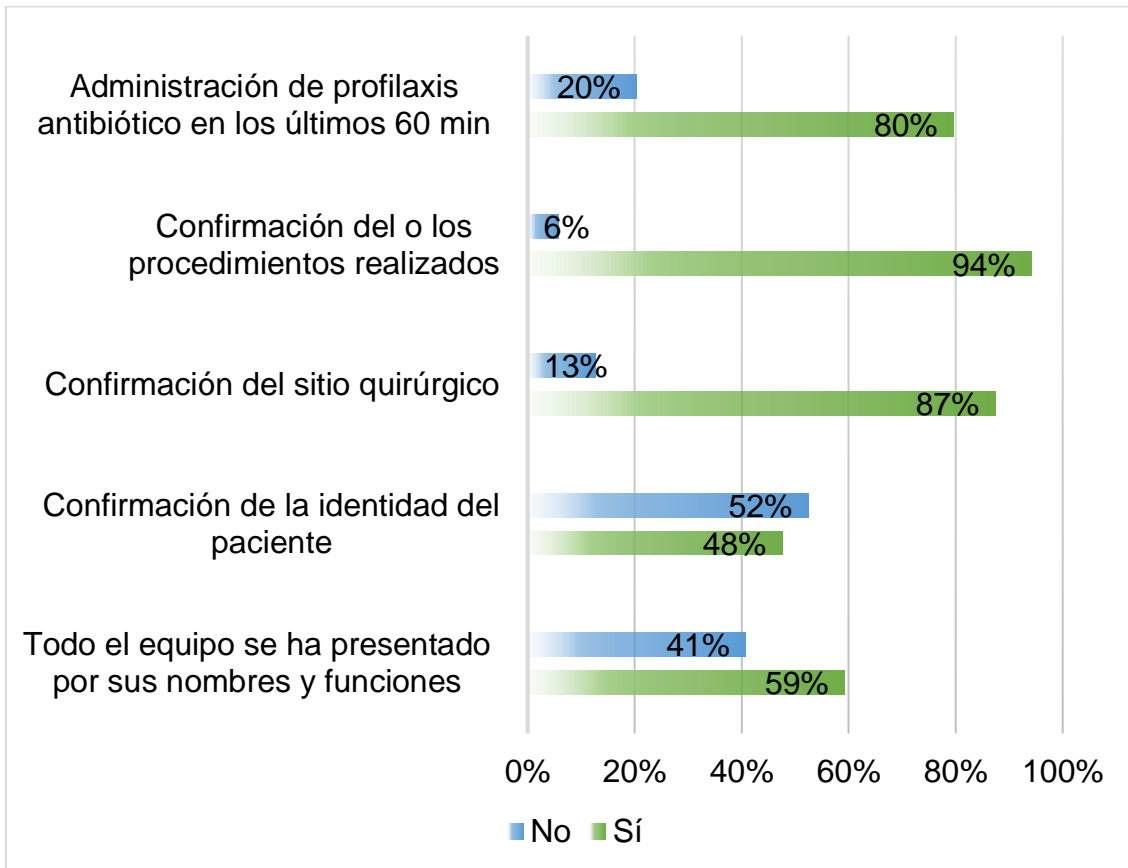
*Elaborador por: Marcillo Loor Patricia Isabel & Salgado Benavides Lidia Elena
Fuente: Hoja de Chequeo*

Análisis:

Según los porcentajes de probabilidades en pacientes que tengan posibilidades de hemorragia, se presentó el 16% que respondieron ante la emergencia seguido de 24 casos equivalente al 8% del personal que no había preparado líquidos y 2 vías centrales para responder ante la emergencia. Esta situación es multifactorial, porque muchas de las veces estas emergencias suelen pasar pese a que existió una revisión previa de los antecedentes de los pacientes; otra causa, es porque el personal no anestésico de quirófano tiene muy poca práctica ante estas situaciones, en comparación con el trabajador de áreas de urgencias, UCI, etc.

4.2. Antes de la incisión

Figura 11: Pausa quirúrgica



Elaborador por: Marcellor Loor Patricia Isabel & Salgado Benavides Lidia Elena
Fuente: Hoja de Chequeo

Análisis:

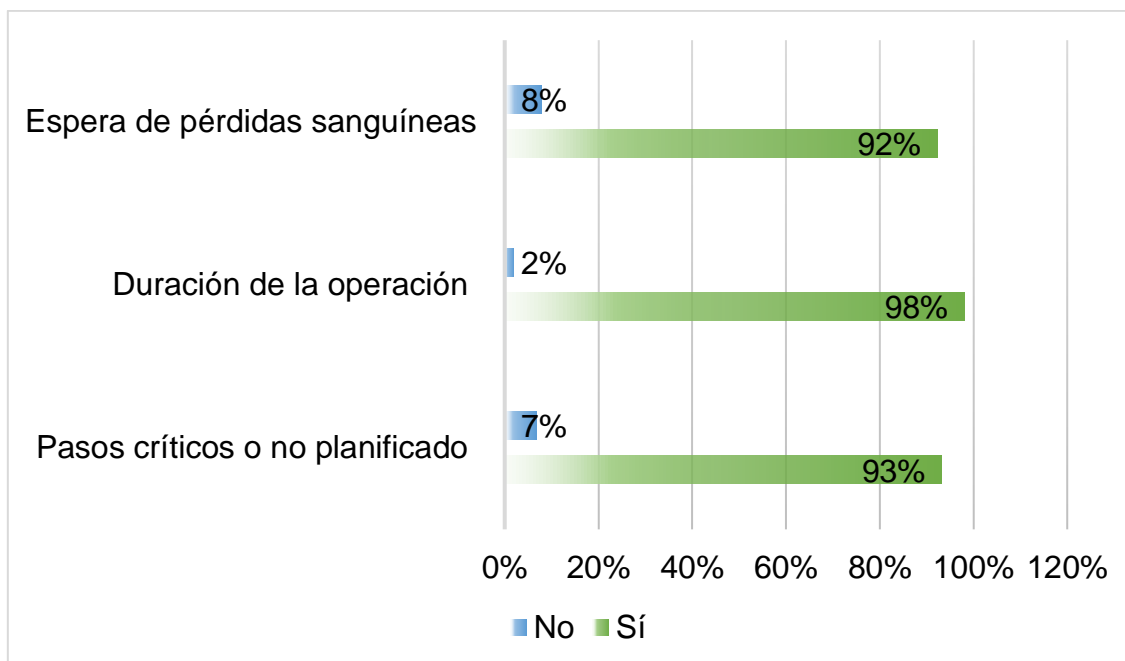
En cuanto a la confirmación de la identidad, 48% si realizó la actividad. El 59% del personal se ha presentado con sus nombres completos y funciones que cumplirán en la cirugía. En cuanto a la marcación del sitio quirúrgico el 87%, cumplió, pero este porcentaje tendría relación con la comunicación eficaz de los integrantes que participarán en la cirugía o a la omisión de este paso en los protocolos establecidos.

El 80% cumple en la administración de antibióticos en los últimos 60 min previos a la cirugía, debido a la falta de organización, retrasos en la operación, o el déficit de conciencia sobre la importancia de la administración oportuna de antibióticos para prevenir infecciones quirúrgicas. Por último el 94% confirma el o los

procedimientos que se van a realizar en los pacientes, porque “creen” que no es competencia del resto del personal conocer sobre este proceso (25).

4.2.1. Prevención de Eventos Críticos

Figura 12: Funciones del Cirujano

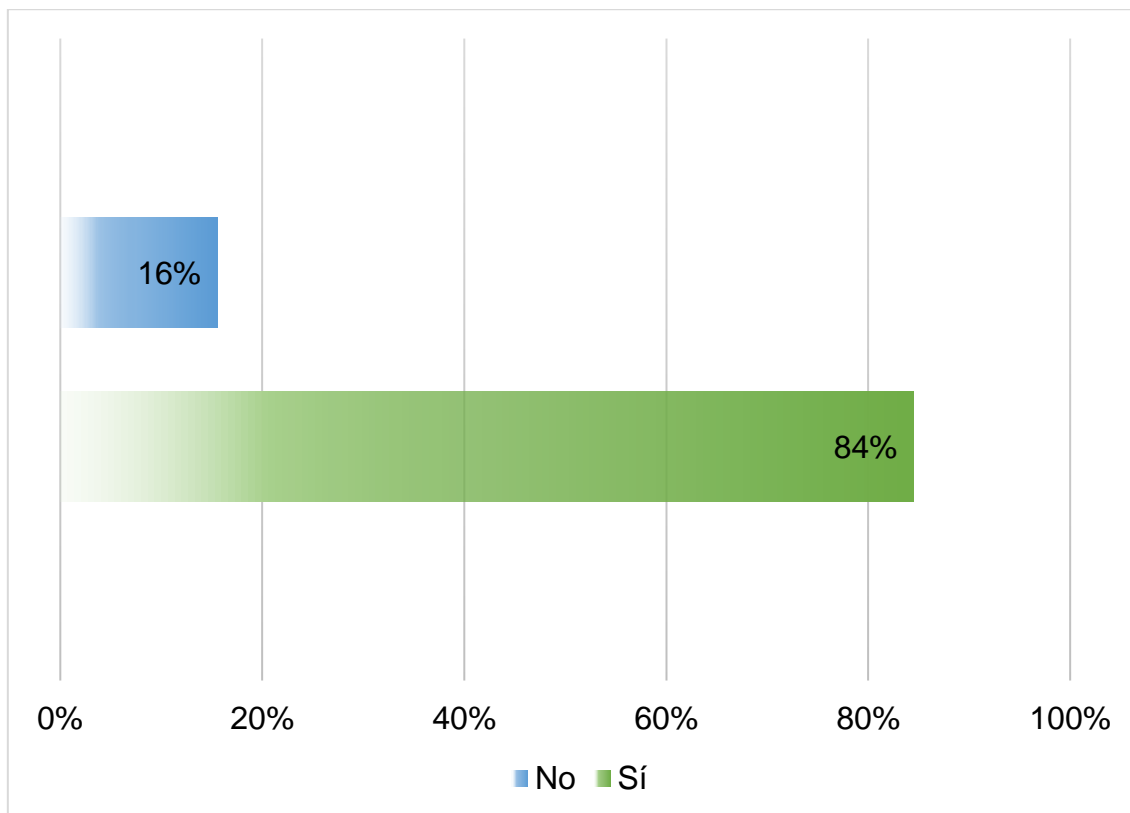


Elaborador por: *Marcillo Loor Patricia Isabel & Salgado Benavides Lidia Elena*
Fuente: *Hoja de Chequeo*

Análisis:

Respecto a la función del cirujano en cirugía, el 92% prevé eventos críticos, como la pérdida sanguínea porque hay situaciones donde se espera una cantidad considerable de pérdida de sangre y detener la intervención para revisar o esperar dichas pérdidas podría aumentar el riesgo para el paciente, por lo que, los cirujanos suelen confiar en su experiencia y en las medidas preventivas tomadas antes/durante la cirugía para manejar eficazmente cualquier hemorragia que pueda ocurrir. El 93% revisa situaciones críticas que se puedan presentar durante la cirugía debido a que no desean desperdiciar tiempo. Y, el 98% cumple con estimar una duración para la operación (46).

Figura 13: Presentación de problemas específicos por parte de los Anestesiistas

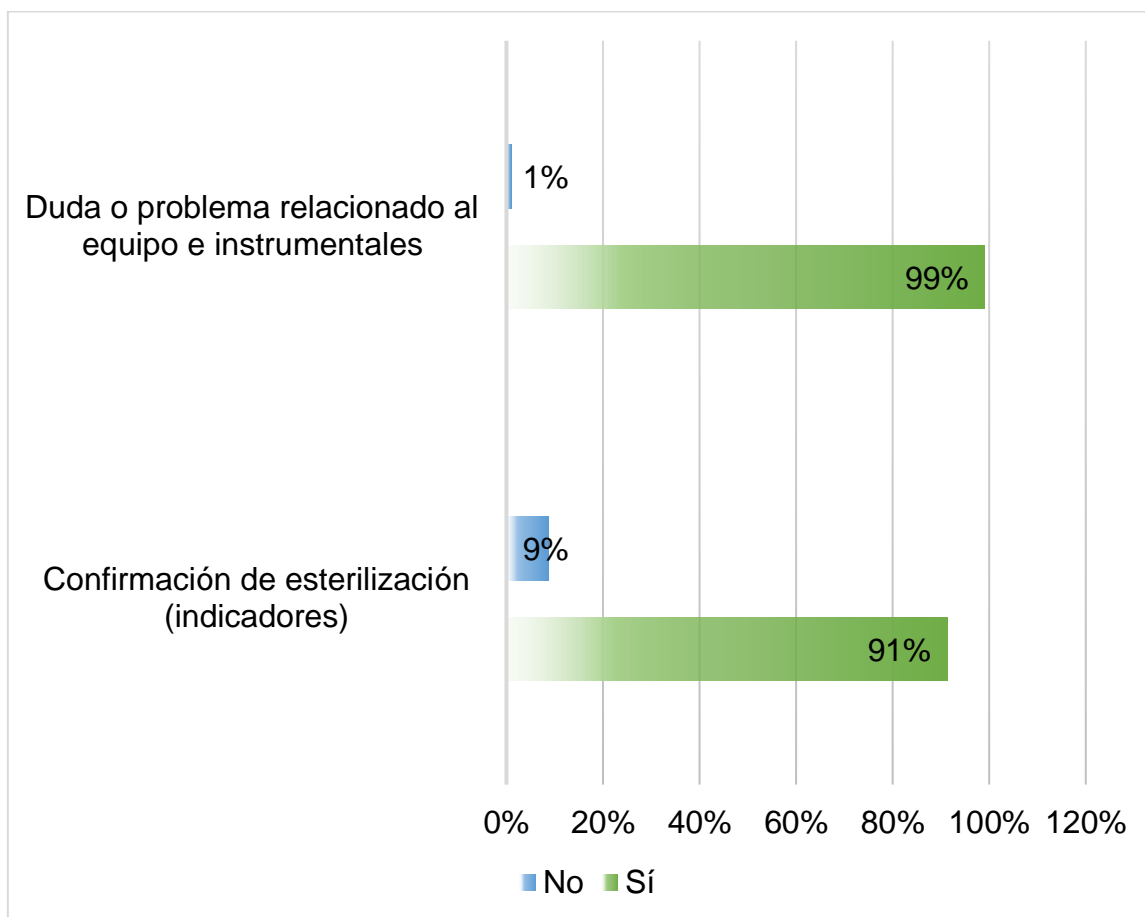


*Elaborador por: Marcillo Loor Patricia Isabel & Salgado Benavides Lidia Elena
Fuente: Hoja de Chequeo*

Análisis:

El 84% de los anestesiistas presentaron problemas específicos que se podrían presentar antes de la incisión porque por lo general ellos se encargan de que el paciente esté adecuadamente anestesiado, monitorear signos, administrar medicación de anestesia y ajustarla, junto a mantener cómodo al paciente durante la cirugía, por lo que, no lo ven necesario emitir alguna información al resto del equipo, ya que, están principalmente centrados en su labor y en caso de que se surja algún problema o complicación durante la anestesia, el personal de anestesia informará de inmediato al cirujano para que pueda tomar las medidas necesarias para abordar la situación (47).

Figura 14: Funciones del Enfermero

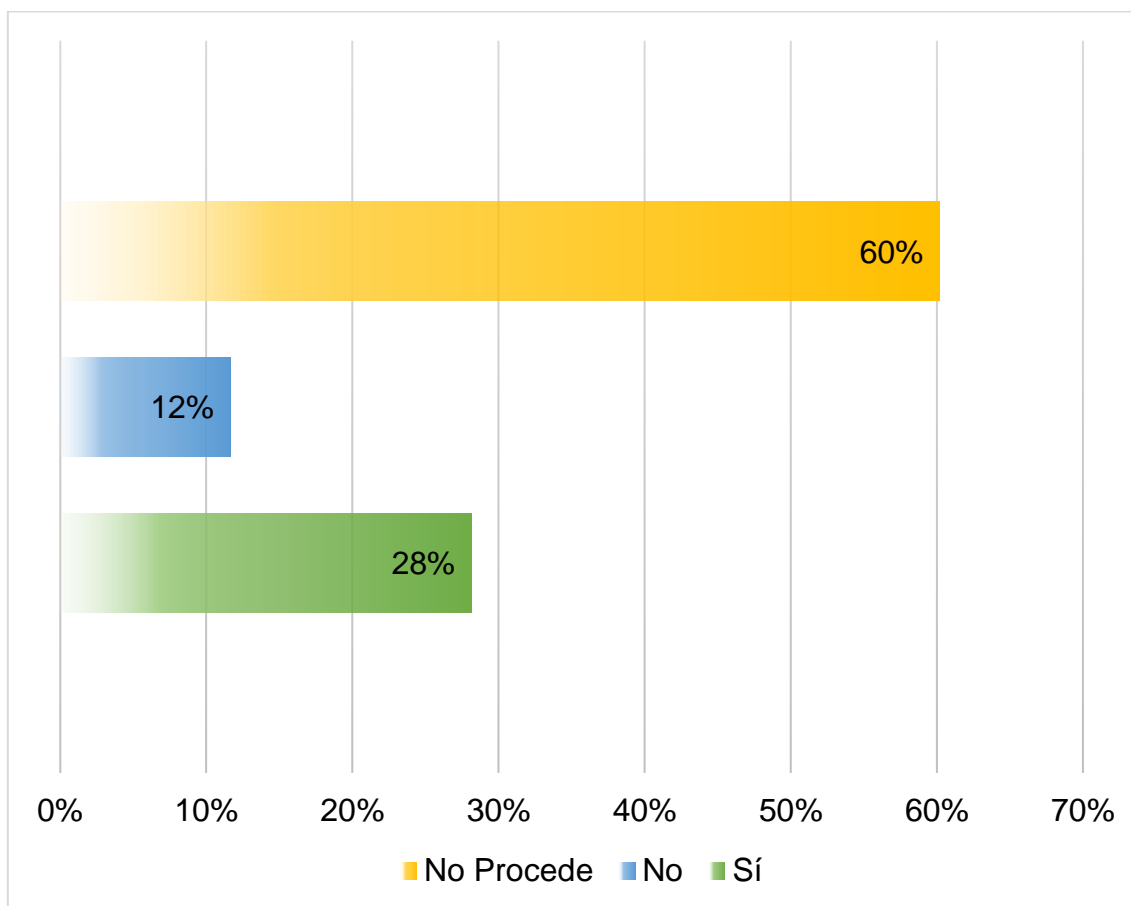


Elaborador por: Marcillo Loor Patricia Isabel & Salgado Benavides Lidia Elena
Fuente: Hoja de Chequeo

Análisis:

En relación a las funciones del enfermero antes de la incisión, 91% revisa si los instrumentales contienen el indicador de esterilización por otorgar un exceso de confianza al personal que se encarga de esterilizar estos materiales/equipos, es decir, asumen que, si provienen de allí, ya cumplen con los estándares requeridos. El 99% presentó duda si existe o no problema relacionado al equipo e instrumental, por la complejidad del equipo, fallos que no se logran visualizar a simple vista, falta de entrenamiento de cómo manejarlos (48).

Figura 15: Visualización de imágenes diagnósticas fundamentales



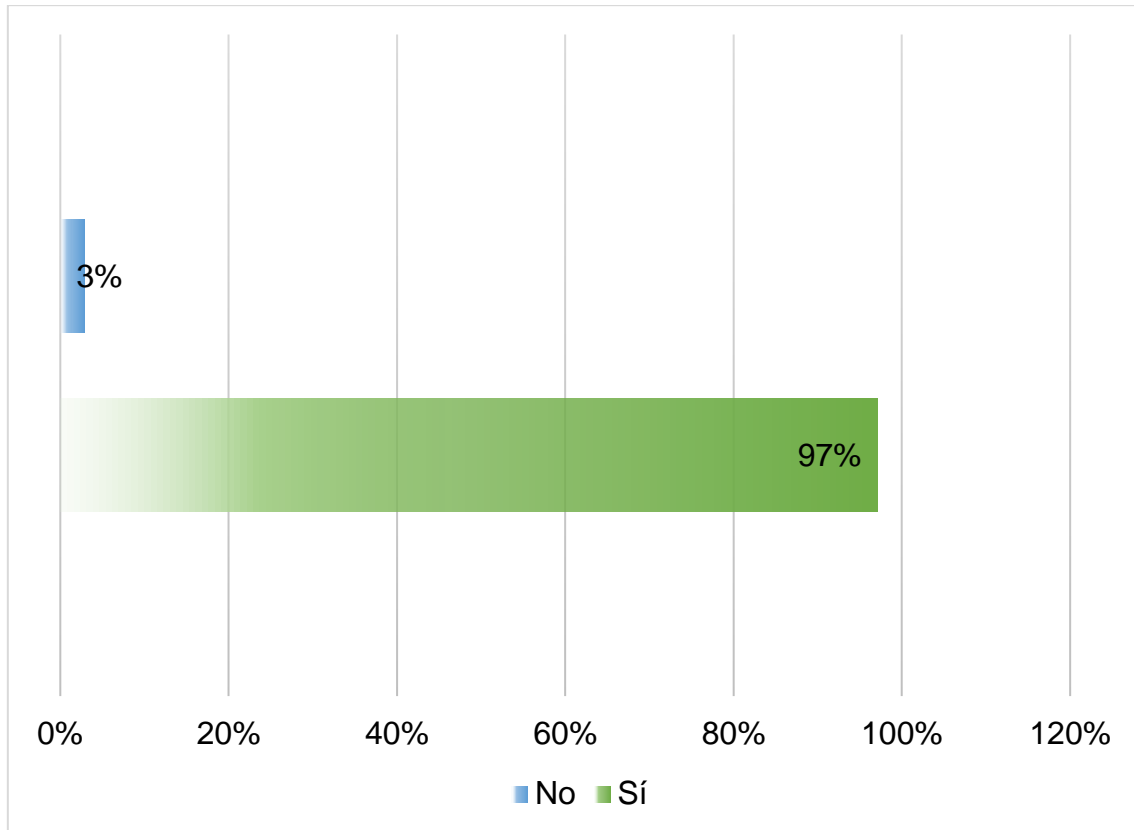
*Elaborador por: Marcillo Loor Patricia Isabel & Salgado Benavides Lidia Elena
Fuente: Hoja de Chequeo*

Análisis:

En el rango la pausa quirúrgica, el 28% de los profesionales visualizaron imágenes diagnósticas. Se presentó 41 casos que el personal de quirófano tenía que visualizar las imágenes diagnósticas principales, y 12% no logró cumplir con este parámetro debido a las dificultades para acceder a las imágenes de diagnóstico, ya sea por problemas técnicos, falta de conexión o sistemas de almacenamiento complicados. También, por la dependencia de informes escritos de los laboratoristas, imagenólogos que entregan con la interpretación (49).

4.3. Antes de la salida del paciente de quirófano

Figura 16: Nombre del Procedimiento de manera verbal

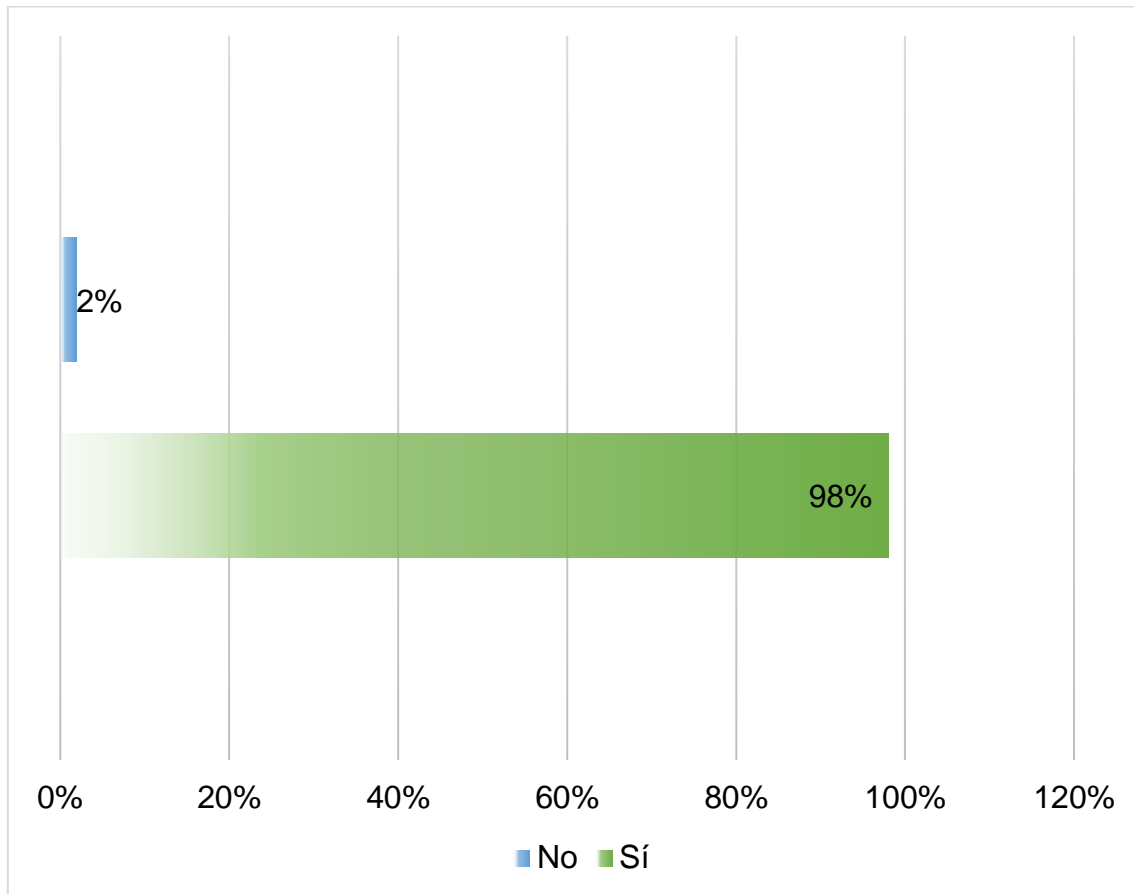


Elaborador por: Marcillo Loor Patricia Isabel & Salgado Benavides Lidia Elena
Fuente: Hoja de Chequeo

Análisis:

El 97% de los enfermeros confirmaron verbalmente el nombre del procedimiento realizado, por la comunicación deficiente por las situaciones de estrés o prisa entre cirugías, e incluso, por la rutina que llevan en cada turno, entorno. Inclusive, asumir que todos están al tanto del procedimiento que se va a realizar, especialmente si ya se ha discutido previamente en las reuniones de preoperatorio, la falta de protocolos estandarizados que requieran la confirmación verbal o seguimientos, lo que puede llevar a omisiones involuntarias (50).

Figura 17: Recuento de instrumentos, gasas y agujas

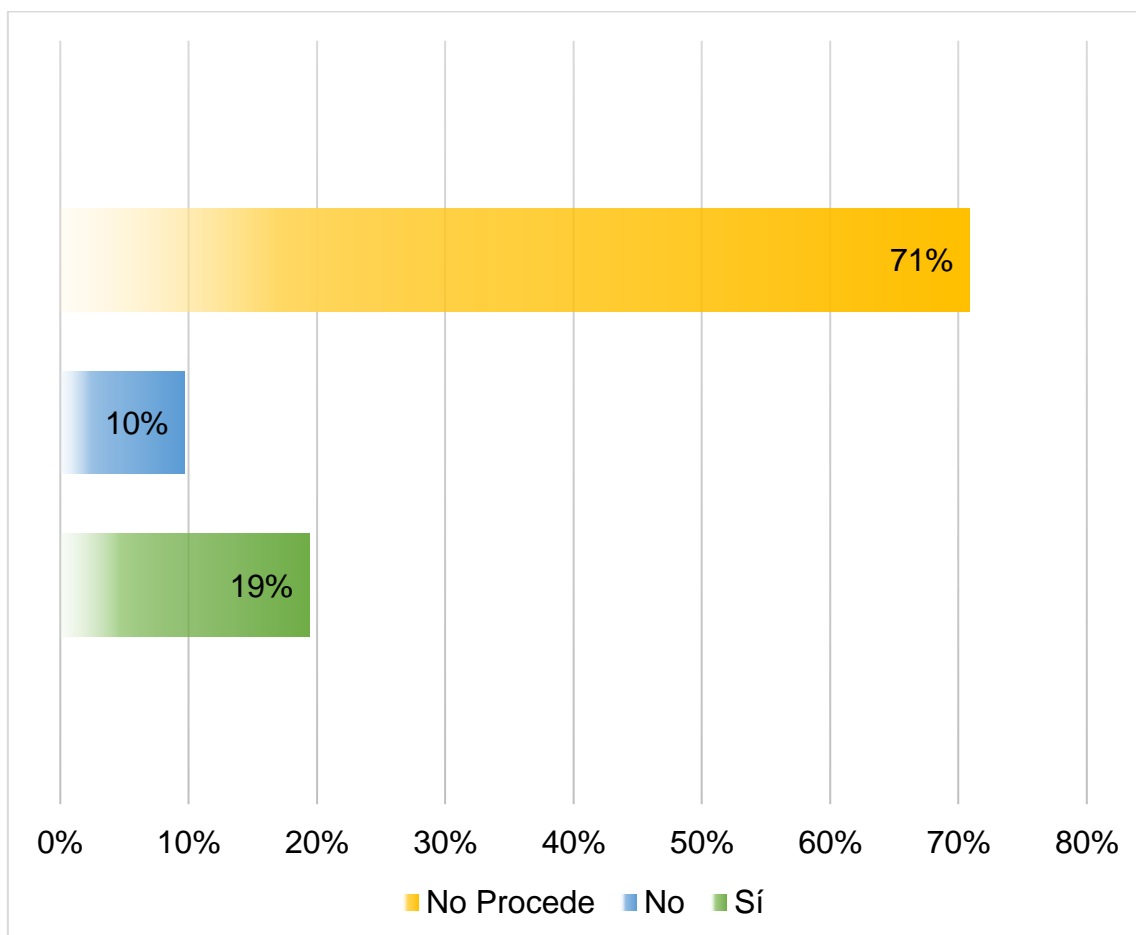


*Elaborador por: Marcillo Loor Patricia Isabel & Salgado Benavides Lidia Elena
Fuente: Hoja de Chequeo*

Análisis:

De acuerdo con las funciones del enfermero el 98% realizó recuento del instrumental antes de que salga el paciente del quirófano, el 2% no lo realizó a causa de la falta de tiempo que existe entre las cirugías, o la falta de capacitación, ya que desconocen de la cantidad de todas las piezas instrumental existentes en cada equipo. Durante procedimientos largos o complejos, la fatiga del personal o la presencia de distracciones pueden interferir con la atención necesaria para llevar a cabo un recuento preciso.

Figura 18: Etiqueta de Muestras

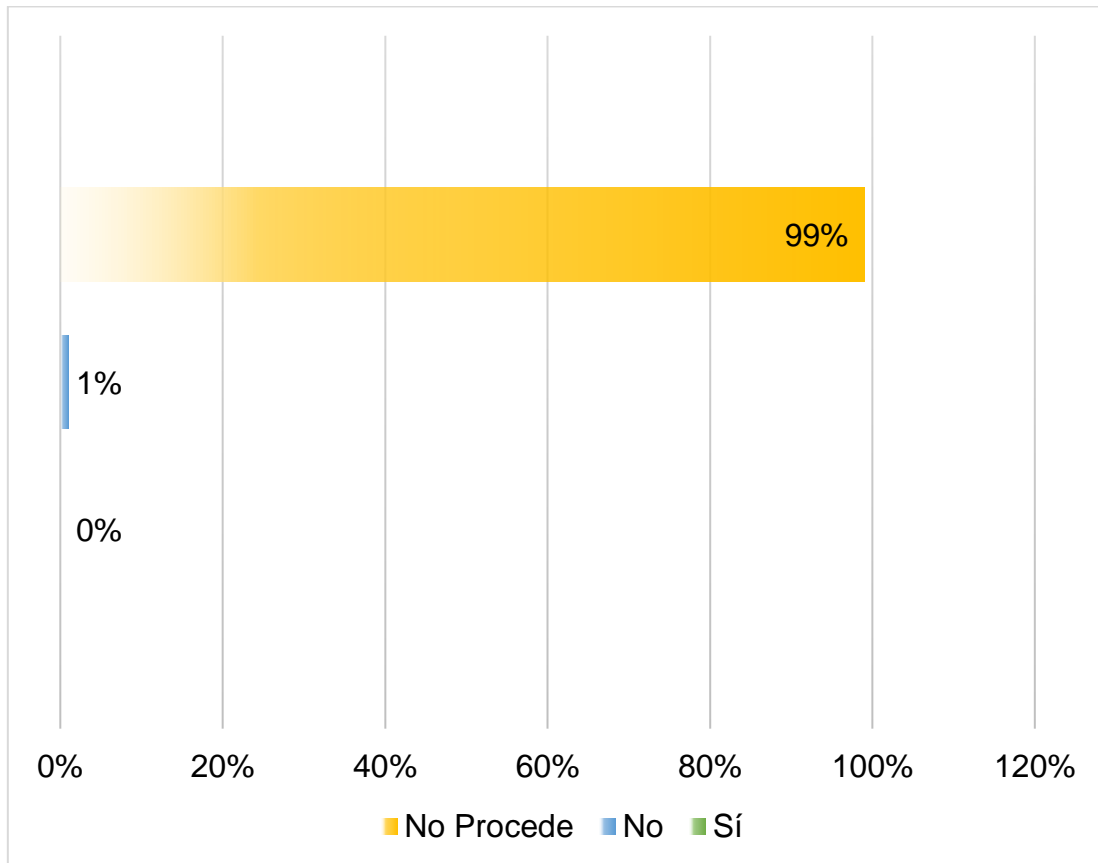


*Elaborador por: Marcillo Loor Patricia Isabel & Salgado Benavides Lidia Elena
Fuente: Hoja de Chequeo*

Análisis:

Acorde a este gráfico, se presentó 30 casos que necesitaban recolección de muestras para enviar a estudios, y el 19% etiquetó correctamente las muestras, seguido del 71% que no procedió. La omisión puede estar relacionada con varios factores, entre ellos está la carga de trabajo alto y la presión constante, tareas como el etiquetado pueden ser vistas como secundarias o pasarse por alto en situaciones de urgencia (51).

Figura 19: Problemas a resolver con el instrumental y Equipo



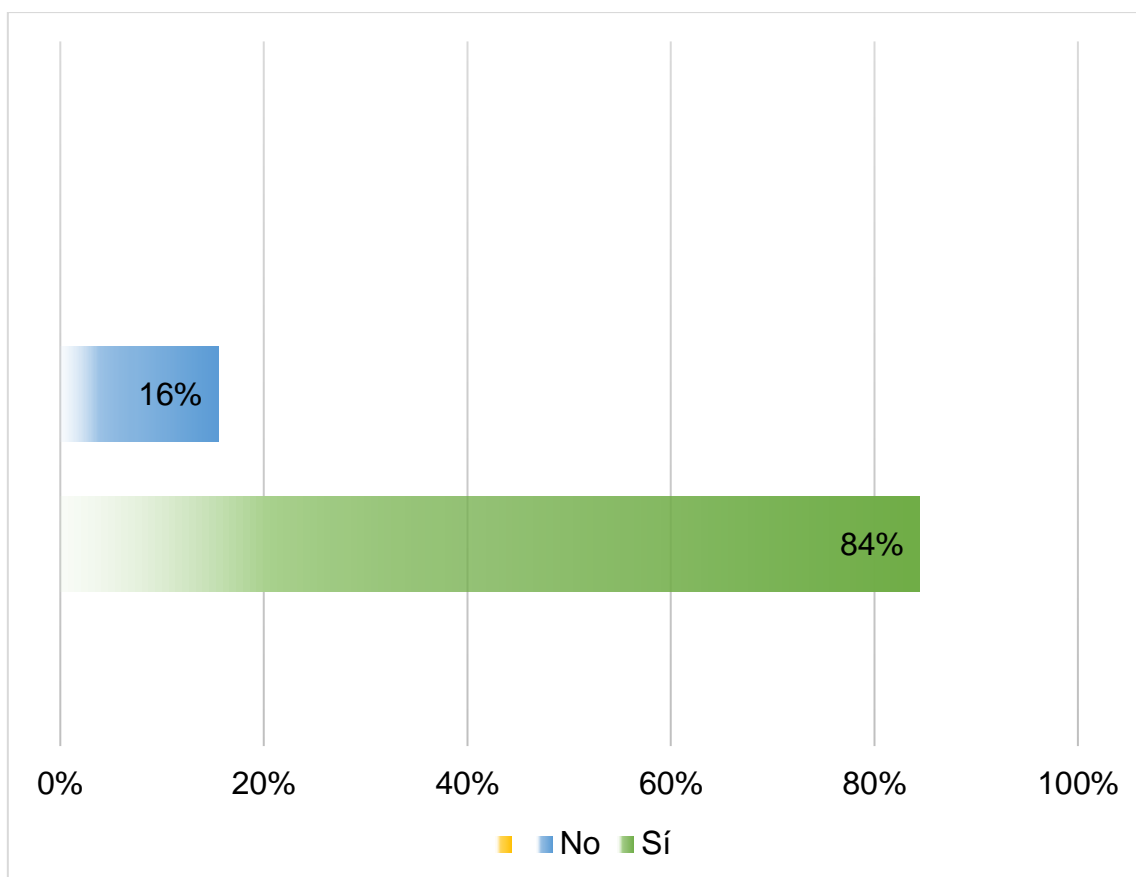
*Elaborador por: Marcillo Loor Patricia Isabel & Salgado Benavides Lidia Elena
Fuente: Hoja de Chequeo*

Análisis:

Referente a los problemas que existen por resolver relacionadas al instrumental/equipo, 99% cumplió, quizás por haber escasez de recursos o falta de acceso a repuestos o equipo de reemplazo, lo que dificulta la resolución. Revisando una noticia sobre la escasez, en Ecuador, existe el 45% de desabastecimiento de instrumentales y los que hay, un 15% están deteriorados (52).

4.3.1. Funciones del Cirujano, anestesista, enfermero

Figura 20: Aspectos críticos en recuperación y tratamiento de la persona



Elaborador por: Marcillo Loor Patricia Isabel & Salgado Benavides Lidia Elena
Fuente: Hoja de Chequeo

Análisis:

En referencia a la figura, 84% se toman el tiempo necesario para revisar detenidamente los aspectos más relevantes relacionados con la recuperación y la terapia del paciente por la priorización de las actividades, lo que podría llevar a una revisión menos exhaustiva, incluso, el tiempo o la comunicación entre el personal de quirófano, donde el personal está ocupado y la carga de trabajo es alta, puede ser difícil dedicar el tiempo necesario para revisar todos los aspectos (53).

5. DISCUSIÓN

En esta investigación se analizó la lista de verificación de seguridad en cirugía recomendada la Organización principal sanitaria de todo el personal que trabaja en quirófano hospitalarios. Por lo que, podemos discutir que este estudio, tuvo un porcentaje alto de no realización de las actividades inmersas en las 3 fases del proceso quirúrgico, pero tuvo comportamientos diferenciales por las etapas que entiende la parte quirúrgica; siendo la fase de la pausa quirúrgica el más alto en incumplir (35%) los parámetros que entiende la segunda parte del listado. Pero, Sepúlveda M, López L (Colombia-2021), nos indica que, la tasa de cumplimiento total fue del 13.3% (n=6), es decir, extremadamente baja en general, destacándose la etapa anterior a la administración de la anestesia con el nivel más alto (55.6%, n=25) (18). Al igual, verifica Carrera V, que el 53.1% cumple con las 3 etapas del listado. Analizando nuestros resultados y los de otros escritores, vemos que, si existe un alto cumplimiento, más, sin embargo, hay un porcentaje preocupante porque se visualiza entre el 11% al 35% que no realizan estas actividades.

En otra investigación, Arroyo E, ha verificado que 46.9% de incumplimiento en la preparación del anestésico intravenoso/comprobación de aparatos por parte del anestesiólogo; 16% de los casos no cumplieron con colocar el pulsioxímetro cuando el paciente ya está en la mesa quirúrgica y no comprueban el funcionamiento previo del dispositivo médico; es decir, en hasta 3 de cada 10 pacientes, el oxímetro de pulso se encontraba al descubierto y no se hallaban en contacto con la piel. En cambio, el trabajo presente, solo el 11% no cumplió con toda esta fase, siendo prevalente las variables de la marcación del sitio quirúrgico (41%), 11% no han verificado alergias, 8% no comprueban los aparatos de anestesia/medicación. En otro trabajo, no averiguaron con el tutor si tienen o no alergias conocidas (11%) y tampoco tienen preparados instrumentos de emergencia por hemorragias o vías aéreas complejas (10.7%) (14).

Los resultados que muestran cierta semejanza con los datos previamente obtenidos en este exhaustivo estudio resaltamos claramente que generalmente la muestra sigue cada punto de la lista de verificación. Sin embargo, hay un pequeño grupo que no lo hace de forma consistente. Por lo tanto, es crucial que

la institución eduque al equipo quirúrgico sobre la relevancia de cada elemento de la lista, ya que estos ayudarán a identificar posibles problemas al inicio del proceso quirúrgico.

Moreno J (España-2023), aplicó un listado de observación, donde el 93% de su personal si realizan la revisión respectiva del listado de cirugía, sin embargo, el 7% no verifica las identidades de los pacientes y así mismo no confirman el sitio quirúrgico (15). Por el contrario, Cajamarca K, Pogo D (Ecuador-2023), 59% no cumple con revisar los indicadores de esterilización en los instrumentales u otros materiales, 43% no soluciona los problemas con los equipos, 2% no visualizan las imágenes diagnósticas principales (16). A la interpretación, visualizamos, una gran comparación e iguala en los resultados recolectados, debido a que el 52% no confirman la identidad del pcte, pero el 41% del equipo no se presentan con sus datos ni sus funciones, 20% no administran la profilaxis de antibióticos, de ahí entre el 7% al 9% incumplen con los pasos críticos, pérdidas sanguíneas, esterilización.

En México (2022), se analizaron 326 procedimientos quirúrgicos y se descubrió que se cumplió con un total del 99.1%, liderando los enfermeros en cumplir con sus actividades (98.8%) (54). Por otra parte, en un estudio realizado en India (2021) con 300 registros de pacientes generales, se descubrió que el nivel de cumplimiento total llegó al 2% (55). En contraposición a los hallazgos de Pineda en Lima, Perú (2024), también se menciona el uso del listado, indicando que el 90% de los enfermeros cumplen con revisar correctamente el instrumento antes de la salida del quirófano (56). Así mismo, al aplicar el instrumento en la muestra, se obtuvo un rango alto de cumplimiento 94% en la 3era fase y solo el 6% cumplió con los indicadores del nombre del procedimiento (3%), 2% no volvieron a contar los instrumentos, 10% no etiquetó adecuadamente las muestras, 1% tuvo problemas con los materiales y el 16% de las funciones del cirujano/anestesiista/enfermero, como la revisión de aspectos críticos, no realizaron.

6. CONCLUSIONES

La seguridad en las cirugías generales fue del 82,42% del total de ítems del listado para verificar una cirugía segura en esta área por parte del personal que labora en quirófano ha influenciado directamente en la seguridad del paciente. Esto pone en evidencia el incumplimiento del 17,58% lo cual se traduce en un deterioro de la atención brindada a los usuarios y pone en riesgo su seguridad.

Referente a la primera etapa, antes de inducir a la anestesia, el 70,28% realizó las actividades mencionadas en el listado, pero los indicadores con menores porcentajes fueron; la marcación del sitio quirúrgico, seguido, verificar alergias y tampoco estar preparados para una posibilidad de hemorragias o vías aéreas complicadas, la confirmación de los datos de los pacientes, comprobación los aparatos y medicación que se usa para la anestesia, omisión en la colocación del pulsioxímetro.

Se verificó en las prácticas seguras antes de la incisión del paciente fue de 86,89% en las cirugías generales, se omitieron ciertas actividades como actividades como la presentación del equipo con sus nombres y funciones, seguido, de emitir la confirmación en la identidad del paciente, así mismo, no administraron la profilaxis antibiótica previo a sesenta minutos antes del ingreso a quirófano. En cuanto a las funciones de cada profesional, el cirujano, no prevé evento crítico como la espera de pérdida sanguíneas considerables; anestesista, tampoco presenta los problemas que podrían presentar en el paciente al equipo y el enfermero no revisa los indicadores de esterilización.

Para culminar, al identificar las prácticas seguras antes de la salida del paciente de quirófano en las cirugías generales fue de 90%, en su gran mayoría los profesionales realizaron la parte de nombrar el procedimiento, resolver problemas con el instrumental, y más; pero, existió una cantidad donde omiten la etiqueta a las muestras con los datos establecidos por protocolo y con porcentaje considerablemente en riesgo, no revisan aspectos críticos para la recuperación/tratamiento de la persona intervenida quirúrgicamente.

7. RECOMENDACIONES

Es importante emplear una lista de verificación de cirugía segura específica para la cirugía de la OMS. Las investigaciones realizadas sobre la utilización de cirugía segura de la OMS han demostrado reducciones significativas en la morbilidad quirúrgica. Por lo tanto, es recomendable cumplir con los 19 puntos prequirúrgicos y posquirúrgicos de manera obligatoria.

Al nivel de la institución sanitaria, se deben realizar actividades educativas e implementar grupos de trabajo para potenciar las recomendaciones, procedimientos y actuaciones en pro de la seguridad. Es recomendable utilizar un sistema de planificación quirúrgica para garantizar el acceso a la historia clínica del paciente. Esto permite aglutinar de forma integrada y clara toda la información necesaria, prolongando la información y la programación en sala de cirugía. También, ayuda a evitar duplicidades y minimizar las tasas de errores relacionados con la medicación.

Es fundamental que las instituciones educativas superiores de salud promuevan la implementación y uso efectivo de la lista de cirugía en todos los procedimientos quirúrgicos; incluyendo, el integrar sesiones de entrenamiento y simulacros en sus programas académicos para garantizar que los futuros profesionales estén familiarizados con este proceso y lo apliquen de manera efectiva en su práctica clínica. Enfatizando la importancia de completar la lista de forma exhaustiva y en equipo, involucrando a todos los miembros del equipo quirúrgico.

8. REFERENCIAS

1. OMS. Seguridad del paciente [Internet]. 2023 [citado 7 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
2. Tobias G, Bezerra A, Branquinho N, De Camargo A. Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. eglobal [Internet]. 2020 [citado 7 de enero de 2024];13(1):14. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/159931>
3. MSP. Norma Técnica de Seguridad del Paciente [Internet]. 2015 p. 85. Disponible en: <https://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/NORMA-TECNICA-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE-DEFINITIVO-jp.pdf>
4. Saldarriaga L, Teixeira F, De Almeida P. Confiabilidad del instrumento Seguridad del Paciente en Administración de Medicamentos en Pediatría- Versión española. Enf Global [Internet]. 2021 [citado 8 de enero de 2024];20(3):11. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/442261>
5. Oliveira J, Cerón O, Lobo I. Patient safety in nursing care during medication administration. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2020 [citado 8 de enero de 2024];26(0):8. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100333&lng=en&tlng=en
6. Universidad Internacional de Valencia. VIU Ecuador. 2023 [citado 8 de enero de 2024]. Impacto del evento adverso en el paciente y en los centros de salud. Disponible en: <https://www.universidadviu.com/ec/actualidad/nuestros-expertos/impacto-del-evento-adverso-en-el-paciente-y-en-los-centros-de-salud>
7. Ibarra C, Figueroa M, Cedeño J. La incidencia de eventos adversos relacionados con el cuidado de enfermería. Recimundo [Internet]. 2020

- [citado 8 de enero de 2024];3(2):24. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/501>
8. Flórez F, López L, Bernal C. Prevalencia de eventos adversos y sus manifestaciones en profesionales de la salud como segundas víctimas. *Biomedica* [Internet]. 2022 [citado 8 de enero de 2024];42(1):184-95. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9084615/>
 9. Unir. La seguridad del paciente quirúrgico y su importancia. *RevUnir* [Internet]. 2023 [citado 8 de enero de 2024];(2). Disponible en: <https://www.unir.net/salud/revista/seguridad-paciente-quirurgico/>
 10. Sander L. El control de eventos adversos en el modelo de atención centrado en el paciente [Internet]. 2020 p. 134. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/07/1373331/el-control-de-eventos-adversos-en-el-modelo-de-atencion-centra_fLXaXfD.pdf
 11. Rodríguez V, Paravic T. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. *Enferme Glob* [Internet]. 2020 [citado 8 de enero de 2024];10(24):8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412011000400020&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 12. Rocha T, Faria S. La comunicación enfermera-cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: una interpretación en Travelbe. *Enferme Glob* [Internet]. 2019 [citado 8 de enero de 2024];12(30):15. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412013000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 13. Tola J, Briones J, Grunauer F, Zambrano J. Seguridad del paciente en procesos quirúrgicos. *RECIAMUC* [Internet]. 2020 [citado 30 de junio de 2024];4(3):90. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/502>
 14. López E, Arroyo J, Zamora A. Implementación de la lista de verificación para una cirugía segura y su impacto en la morbilidad. *Ciruj Gene* [Internet]. 2020 [citado 30 de junio de 2024];38(1):7. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1405-00992016000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es

15. Moreno J. Seguridad del paciente en el área quirúrgico: aspectos jurídicos positivos de la implantación del Checklist. Revista CESCO de Derecho de Consumo [Internet]. 2023;5(8):20. Disponible en: <file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-SeguridadDelPacienteEnElAreaQuirurgica-4524511.pdf>
16. Cajamarca K, Pogo D, Guaman L. Perspectiva del personal de enfermería ante la práctica de cirugía segura. 2023;4(1):9. Disponible en: file:///C:/Users/USER/Downloads/152_Cajamarca+Chicaiza+et+al.pdf
17. Troya D, Yagual G. Cumplimiento de la lista de verificación de la Cirugía Segura en el Hospital General Guasmo Sur, año 2020 [Internet] [Tercer Nivel]. Católica Santiago de Guayaquil; 2020. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/14939/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-602.pdf>
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 trasversal. Rev Cuid [Internet]. 2021 [citado 24 de julio de 2024];12(3):17. Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/2122>
19. Molina M, Quesada L, Ulate D, Vargas S. La calidad en la atención médica. Med LegalCost [Internet]. 2022 [citado 30 de junio de 2024];21(1):117. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-00152004000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=es
20. ISSO. Desarrollo y evolución del concepto calidad [Internet]. 2020 [citado 30 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.nueva-iso-9001-2015.com/2016/09/desarrollo-concepto-calidad/>
21. Diaz G, Salazar D. La calidad como herramienta estratégica para la gestión empresarial. Podium [Internet]. 2021 [citado 30 de junio de 2024];(39):18.

- Disponible en:
<https://revistas.uees.edu.ec/index.php/Podium/article/view/547>
22. Irurita J. Sistema de Gestión de Calidad [Internet]. Técnica superior de ingenieros industriales; 2022. Disponible en:
<https://core.ac.uk/download/pdf/10851013.pdf>
23. Zendesk. ¿Qué es atención al cliente? [Internet]. 2023 [citado 30 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.zendesk.com.mx/blog/atencion-al-cliente/>
24. MINSA. Documento de reforma en salud [Internet]. 2023 [citado 24 de julio de 2024]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/slideshow/documento-de-reforma-cns/25804465>
25. Perlaza S, Secaira M. Conocimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura del personal de salud del área quirúrgica de un hospital de la ciudad de Guayaquil. [Internet]. Católica Santiago de Guayaquil; 2024. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/23004/1/UCSG-C47-22550.pdf>
26. Asheim B, Boschma R, Cooke P. Constructing Regional Advantage: Platform Policies Based on Related Variety and Differentiated Knowledge Bases. *Regional Studies* [Internet]. 2018 [citado 24 de julio de 2024];45(7):893-904. Disponible en:
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00343404.2010.543126>
27. Instituto Nacional de Derechos Humanos. Informe Anual [Internet]. 2014 [citado 24 de julio de 2024] p. 334. Disponible en:
https://issuu.com/indh/docs/indh_2014_final
28. Baca P, García J. Implementación De Un Plan De Mantenimiento Preventivo Para Equipos Biomédicos De Emergencia Y Áreas Críticas De Un Hospital De La Región Lambayeque [Internet]. Universidad César Vallejo; 2020 [citado 24 de julio de 2024]. Disponible en:
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/8869>

29. Salinas R. Libro Completo de Ramiro Salinas Siccha-especial [Internet]. 2021 [citado 24 de julio de 2024]. 1321 p. Disponible en: <https://idoc.tips/libro-completo-de-ramiro-salinas-siccha-especial-4-pdf-free.html>
30. Cáceres M. Proyecto de Ley Despenalización del aborto para casos específicos [Internet]. 2019 [citado 24 de julio de 2024] p. 234. Disponible en: <https://docplayer.es/16971765-Proyecto-de-ley-despenalizacion-del-aborto-para-casos-especificos-capitulo-i.html>
31. De Jesús L, Frank M. Prenatal and abortion rights in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of relevant laws and jurisprudence after the adoption of the American Convention on Human Rights. *Ars Boni et Aequi* [Internet]. 2019 [citado 24 de julio de 2024];10(1):8. Disponible en: <http://revistaschilenas.uchile.cl/handle/2250/29571>
32. Comisión Interamericana de Derechos Humanos y Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Inter-American Yearbook on Human Rights / Anuario Interamericano de Derechos Humanos* [Internet]. Brill; 2022 [citado 24 de julio de 2024]. Disponible en: <https://brill.com/edcollbook/title/63744>
33. Barrientos G. Transforma la forma en la que aprendes [Internet]. 2022 [citado 24 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.goconqr.com/es-ES/tags/educaci%25C3%25B3n+para+la+salud>
34. Faster. Identificar Patrones, Tendencias Y áreas De Mejora [Internet]. 2021 [citado 5 de abril de 2024]. Disponible en: <https://fastercapital.com/keyword/identificar-patrones,-tendencias-y-áreas-de-mejora.html>
35. MSP. Seguridad del paciente [Internet]. 2016. Disponible en: <https://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2015/10/manual-de-seguridad-del-paciente-usuario-SNS.pdf>
36. Diaz J. Modernización de los quirófanos. Evolución del quirófano digital. [Internet]. *Gestión y Economía de la Salud*. 2024 [citado 5 de abril de 2024]. Disponible en: <https://saludbydiaz.com/2024/02/19/modernizacion-de-los-quiroyfanos-evolucion-del-quiroyfano-digital/>

37. Molina M. Métodos de Resolución de Problemas [Internet]. 2021. Disponible en: <https://oa.upm.es/14207/1/06-metodos-resolucion-problemas.pdf>
38. Bolívar M. prezi.com. 2015 [citado 28 de agosto de 2024]. Proceso de Mediación. Disponible en: https://prezi.com/vr_omo4hc_pg/proceso-de-mediacion/
39. OMS. WFSA Resource Library. 2021 [citado 18 de marzo de 2024]. Lista de verificación de la seguridad quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://resources.wfsahq.org/atotw/lista-de-verificacion-de-la-seguridad-quirurgica-de-la-organizacion-mundial-de-la-salud/>
40. Baquerizo S, Baquerizo A. Hábitos alimentarios en los niños de 5 a 7 años. Escuela Luz Esmeralda Valdivia De Peña. Cantón La Libertad. Provincia de Santa Elena 2017 [Internet]. Estatal; 2018 [citado 24 de julio de 2024]. Disponible en: <https://1library.co/document/qo59njyy-habitos-alimentarios-escuela-esmeralda-valdivia-canton-libertad-provincia.html>
41. Ramírez N, Vega N, Domínguez L, Sanabria A. El entrenamiento mental y los cirujanos: una estrategia de mejoramiento. Iatreia [Internet]. 2022 [citado 24 de julio de 2024];31(2):8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1805/180555685006/html/>
42. García A, Guisado B, Montalvo J. Riesgos y complicaciones de anestesia local en la consulta dental: Estado actual. Rcoe [Internet]. 2009 [citado 24 de julio de 2024];8(1):22. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1138-123X2003000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
43. Organización Panamericana de la Salud. Aspectos técnicos y regulatorios sobre el uso de oxímetros de pulso en el monitoreo de pacientes con COVID-19 [Internet]. 2020 p. 20. Report No.: 6. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52551/OPSHSSMTCOVID-19200029_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

44. Sánchez E, Delgado A. Mejora autopercebida por el personal de enfermería en la seguridad del paciente tras la implantación de un sistema visual de alertas de alergias medicamentosas [Internet]. 2023 [citado 24 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.ilaphar.org/mejora-autopercebida-por-el-personal-de-enfermeria-en-la-seguridad-del-paciente-tras-la-implantacion-de-un-sistema-visual-de-alertas-de-alergias-medicamentosas/>
45. Molero M. Retos de la gestión de la vía aérea extrahospitalaria [Internet]. 2022 [citado 24 de julio de 2024]. Disponible en: <https://campusvygon.com/es/retos-de-la-gestion-de-la-via-aerea-extrahospitalaria/>
46. Neyra H, Quesada J, Tabares H, Sáez L. Update on Prevention and Treatment of Surgical Blood Loss. Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología [Internet]. 2019;31(1):18. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ort/v31n1/ort09117.pdf>
47. Pérez L. Monitoreo de la Temperatura durante la Anestesia. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2023 [citado 24 de julio de 2024];75(1):2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75312003000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
48. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Esterilización para Centros de Salud [Internet]. 2022. Disponible en: https://www1.paho.org/PAHO-USAID/dmdocuments/AMR-Manual_Esterilizacion_Centros_Salud_2008.pdf
49. Organización Mundial de Salud. Laboratory Quality Stepwise Implementation tool [Internet]. 2022 [citado 24 de julio de 2024]. Disponible en: <https://extranet.who.int/lqsi/es/content/disponer-un-espacio-de-almacenamiento-adecuado-y-unas-condiciones-correctas-para-las>
50. Organización Mundial de Salud. Lista OMS de verificación de la Seguridad de la Cirugía Manual de Aplicación [Internet]. 2021. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70083/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

51. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS). La Prevención de Riesgos en los lugares de Trabajo [Internet]. 2022 p. 413. Disponible en: <https://istas.net/descargas/gverde/gverde.pdf>
52. Primicias. Continúa falta de medicinas e insumos en los hospitales del IESS [Internet]. 2021 [citado 23 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/medicinas-hospitales-liess-insumos-escasez-abastecimiento/>
53. Fuentes L. Conocimiento de la lista de verificación de cirugía segura y su relación con la aplicación del equipo quirúrgico del hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2018 [Internet]. César Vallejo; 2018 [citado 24 de julio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/23992>
54. García M, González A, Bates M, Villarreal G. Nivel de cumplimiento y factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. Rivero GDM y cols [Internet]. 2022;20(2):7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2012/en122b.pdf>
55. Oak S, Dave N, Garasia M, Parelkar S. Surgical checklist application and its impact on patient safety in pediatric surgery. Jour Post Med [Internet]. 2021 [citado 24 de julio de 2024];61(2):92. Disponible en: https://journals.lww.com/jopm/abstract/2015/61020/surgical_checklist_application_and_its_impact_on.6.aspx
56. Chipana S. Conocimiento sobre la lista de verificación de cirugía segura y su relación con la aplicación por enfermeras del centro quirúrgico de un hospital de Lima [Internet]. 2024. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/d76d5f72-74c7-460a-8d09-392d7b55c59c/content>

ANEXOS



Guayaquil, 2 de Julio del 2024

Srta. Patricia Isabel Marcillo Loor
Srta. Lidia Elena Salgado Benavides
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 cirugías generales en un Hospital de la ciudad de Guayaquil." 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.

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

Atentamente,



Lcda. Angela Mendoza Vines
Directora de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

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

cc. Archivo



Oficio N. HGNGC-SDI-20240409-1

Guayaquil, 04 de Septiembre 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. PATRICIA ISABEL MARCILLO LOOR Y LIDIA ELENA SALGADO BENAVIDES, INTERNOS ROTATIVOS DE ENFERMERÍA de la UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL con el proyecto de Tesis "SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CIRUGÍAS GENERALES EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL"

Particular que autorizo y pongo a conocimiento para los fines pertinentes

Atentamente,



Dr. Paulo Cesar Cedeño Navas
Subdirector de Docencia
Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

HOJA DE CHEQUEO

Tema: Seguridad del paciente en las cirugías generales de un Hospital de Guayaquil

Objetivo: Chequear la hoja de verificación segura de pacientes en cirugía general

Indicaciones: Marcar con una x o visto donde corresponda según lo observado

Antes de la inducción de la anestesia			
Ítems	SI	NO	No procede
<i>Confirmación del paciente:</i> identificación, sitio de cirugía, procedimiento y consentimiento informado			
Marcación del sitio quirúrgico			
Comprobación de aparatos de anestesia y medicaciones anestésicos			
Colocación del pulsioxímetro y funcionamiento del mismo			
<i>Paciente tiene:</i> -Alergia conocida -Vía aérea complicado/riesgo de aspiración Probabilidad de hemorragia >500ml (7ml/kg en infantes)			
Antes de inducir a la anestesia			
Todo el equipo se ha presentado por sus nombres y funciones			
Confirmación de la identidad del paciente, sitio qx, procedimientos			
Administración de profilaxis antibiótico en los últimos 60 min			

<p>Prevención de eventos críticos:</p> <p>Cirujano: -Pasos críticos o no planificado</p> <p>-Duración de la operación</p> <p>-Espera de pérdidas sanguíneas</p> <p>Anestesia: -Presentación de problemas específicos</p> <p>Equipo enfermero: Confirmación de esterilización (indicadores)</p> <p>-Duda o problema relacionado al equipo e instrumentales</p>			
Visualización de imágenes dx fundamentales			
Antes de la salida del paciente de quirófano			
<p>Enfermero: -Nombre procedimiento</p> <p>-Reconteo de instrumento, gasas y aguja</p> <p>-Etiqueta en muestras: lectura en voz alta, nombre de paciente</p> <p>-Problemas a resolver con el instrumental y equipo</p>			
Cirujano, anestesista, enfermero: Aspectos críticos en recuperación y tratamiento de la persona			



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Marcillo Loor, Patricia Isabel**, con C.C: #0958781411 autora del trabajo de titulación: **Seguridad del paciente en cirugías generales en un Hospital de la ciudad de Guayaquil**, 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. _____
Marcillo Loor, Patricia Isabel
CC: 0958781411



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Salgado Benavides, Lidia Elena**, con C.C: #0930669437 autora del trabajo de titulación: **Seguridad del paciente en cirugías generales en un Hospital de la ciudad de Guayaquil**, 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.

Salgado Benavides, Lidia Elena
CC: 0930669437



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Seguridad del paciente en cirugías generales en un Hospital de la ciudad de Guayaquil.		
AUTOR(ES)	Marcillo Loor, Patricia Isabel Salgado Benavides, Lidia Elena		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lcda. Franco Poveda, Kristy Glenda, Mgs.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la salud		
CARRERA:	Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciadas en Enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	02 septiembre 2024	No. DE PÁGINAS:	61
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud Pública		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Check List, Cirugías generales, Personal de quirófano, Seguridad del paciente, Calidad.		
RESUMEN/ABSTRACT	<p>La seguridad del paciente es la falta de lesión por la prevención y aplicación de prácticas seguras, junto al despliegue de los conocimientos científicos para minimizar la morbimortalidad inducida por el proceso de atención al paciente. Objetivo: Determinar la seguridad del paciente en las cirugías generales en un hospital de la Ciudad de Guayaquil. Método: descriptiva, cuantitativa; prospectiva, transversal. Empleando la lista de verificación de cirugía segura con el fin de obtener las intervenciones en las tres etapas en cirugía. Muestra: 103 profesionales, entre cirujanos, anestesiólogos, enfermeros de quirófano. Resultados: Primera etapa: 41% no ha marcado el lugar anatómico, 8% no ha comprobado los aparatos/medicación, 11% incumplieron al verificar si existen o no alergias, 8% verificó las vías, pero no prepararon el insumo/material, 8% no tenían listo líquidos/sangre. Segunda etapa: 52% no confirmaron la identidad del paciente, 41% no se ha presentado con nombres completos y funciones en cirugía; cirujano, 8% no evitó las pérdidas sanguíneas; anestesista, 16% no presentaron los problemas específicos que podrían desencadenarse; enfermeros, 9% no revisaron si los instrumentales/equipos otorgados por esterilización; 12% no logró visualizar las imágenes diagnósticas principales. Tercera etapa: 10% no ha etiquetado correctamente las muestras, 16% no inspeccionan los principales aspectos de la recuperación y tratamiento. Conclusión: El promedio global de realización de las actividades del equipo quirúrgico durante las 3 fases de la cirugía segura fue de 82,53%.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0962790652 0983846518	E-mail: patricia.marcillo@cu.ucsg.edu.ec lidia.salgado@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Lcda. Holguín Jiménez Martha Lorena, Mgs		
	Teléfono: 593 0993142597		
	E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			