



**UNIVERSIDAD NACIONAL
“HERMILIO VALDIZÁN”
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

**APLICACIÓN DE MEDIDAS DE SEGURIDAD
QUIRÚRGICA Y PREVALENCIA DE EVENTOS
ADVERSOS EN PACIENTES ADULTOS USUARIOS DE
CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL II ESSALUD
HUÁNUCO, 2017.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

**TESISTAS : LIC. ENF. MEDINA CASTAÑEDA, PATRICIA AMPARO
LIC. ENF. SOTELO DURAND, ESTELA NANCI
LIC. ENF. AVILA ACERO, VANESSA**

ASESORA : Dra. EUDONIA ALVARADO ORTEGA

**HUÁNUCO – PERÚ
2017**

**APLICACIÓN DE MEDIDAS DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA Y
PREVALENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES ADULTOS
USUARIOS DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL II ESSALUD
HUÁNUCO, 2017.**

DEDICATORIA

A Dios, por su infinito amor y bondad, quien guía nuestros pasos, ilumina nuestras mentes para brindar una atención de calidad al paciente.

A nuestra familia, por la confianza depositada en nosotras; por el amor que nos dan y porque cada día nos enseñan a vivir con responsabilidad.

A nuestros maestros que han sido pieza fundamental en el desarrollo de nuestra formación profesional.

A todas aquellas personas que luchan por alcanzar sus sueños y son exitosas para un país con posibilidades de progreso, con seres humanos capaces y cada vez mejores.

Las autoras.

AGRADECIMIENTO

A Dios por su bondad infinita y sus múltiples bendiciones que nos ha permitido concluir con éxito esta etapa en nuestra vida.

A nuestra familia quiénes nos inspiran a seguir adelante y nos brindan su apoyo, comprensión y fuerzas para culminar la elaboración de la presente investigación.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco por darnos la formación académica y las herramientas necesarias para nuestro desarrollo profesional.

A mi Asesora de tesis, Mg. Eudonia Alvarado Ortega quién nos brindó su total ayuda y entrega incondicional y por guiarnos en esta investigación.

Las autoras.

RESUMEN

Objetivo. Determinar la relación entre la aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica y las reacciones adversas en los pacientes adultos del Hospital II EsSalud Huánuco, 2017.

MÉTODOS: El estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo, transversal y correlacional, con una muestra de 353 historias clínicas de usuarios que fueron atendidos en el Servicio de Centro quirúrgico, a quienes se les aplicó una lista de cotejo, una lista de verificación de la seguridad quirúrgica, y una guía de entrevista. Se tuvo en consideración los aspectos éticos como la aceptación del consentimiento informado. La relación entre las variables fueron analizadas mediante la prueba binominal no paramétrica de Chi cuadrada de homogeneidad y las pruebas univariadas de razones de prevalencia, cuya significancia se basó a un nivel $p \leq 0.05$; apoyados mediante el SPSS v. 22.0.

RESULTADOS: En el análisis mediante la prueba estadístico chi cuadrado obtuvimos un valor de (0,209), para 1 grado de libertad, con un valor p significativo a cualquier nivel ($p = 0,751$); con lo cual asumimos que no existen diferencias significativas entre la aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica y las reacciones adversas en los pacientes adultos en estudio.

Palabras claves: *Aplicación medidas de seguridad quirúrgica, prevalencia, eventos adversos.*

ABSTRACT

Objective. To determine the relationship between the application of surgical safety measures and adverse reactions in adult patients at Hospital II EsSalud Huánuco, 2017.

METHODS: The study was descriptive, prospective, cross-sectional and correlational, with a sample of 353 clinical histories of users who were treated in the Surgical Center Service, to whom a checklist was applied, a checklist of the surgical safety, and an interview guide. Ethical aspects such as the acceptance of informed consent were taken into consideration. The relationship between the variables was analyzed by means of the nonparametric binomial test of Chi square of homogeneity and the univariable tests of prevalence ratios, whose significance was based on a level $p \leq 0.05$; supported through the SPSS v. 22.0.

RESULTS: In the analysis by means of the chi-square statistical test we obtained a value of (0.209), for 1 degree of freedom, with a significant p value at any level ($p = 0.751$); with which we assume that there are no significant differences between the application of surgical safety measures and adverse reactions in adult patients under study.

Key words: *Application of surgical safety measures, prevalence, adverse events.*

ÍNDICE GENERAL DEL CONTENIDO

	Pág.
1. Introducción	14
1.1. Aspectos básicos del problema de investigación.....	14
1.2. Formulación del problema.....	21
1.2.1. Problema general.....	21
1.2.2. Problemas específicos.....	21
1.3. Justificación.....	22
1.4. Propósito.....	25
1.5. Objetivos de la investigación.....	26
1.5.1. Objetivo general.....	26
1.5.2. Objetivos específicos.....	26
1.6. Hipótesis de la investigación.....	27
1.5.1. Hipótesis general.....	27
1.5.2. Hipótesis específicos.....	28
1.7. Variables.....	29
1.8. Operacionalización de variables.....	30
1.9. Definición de términos operacionales.....	34
1.10. Limitaciones.....	35
2. Marco teórico	
2.1. Antecedentes de investigación.....	36
2.2. Bases teóricas.....	40
2.2.1. Teoría Florence Nightingale.....	40
2.3. Bases conceptuales.....	43
2.3.1. Cirugía segura	43
2.3.2. Lista de verificación de cirugía segura.....	44
2.3.3. Eventos adversos.....	49
3. Marco metodológico	
3.1. Ámbito de estudio.....	55

3.2. Población.....	56
3.3. Muestra.....	57
3.4. Nivel y tipo de estudio.....	59
3.5. Diseño de estudio.....	60
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	61
3.6.1. Validez de los instrumentos de recolección de datos	62
3.6.2. Procedimiento de recolección de datos.....	67
3.7. Tabulación y análisis de datos.....	68
3.8. Aspectos éticos de la investigación.....	70
4. Resultados	
4.1. Resultados descriptivos.....	72
4.2. Comprobación de hipótesis.....	87
4.3. Discusión de resultados.....	90
5. Conclusiones	97
6. Recomendaciones	100
Referencias bibliográficas	102
Anexos	114

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 01. Características demográficas de los pacientes adultos usuarios de Centro Quirúrgico – Hospital II EsSalud Huánuco -2017.....	72
Tabla 02. Tipo de seguro de los adultos usuarios en estudio – Hospital II EsSalud Huánuco-2017.....	74
Tabla 03. Características de atención de los adultos usuarios del Servicio de Centro Quirúrgico – Hospital II EsSalud Huánuco-2017.....	76
Tabla 04. Eventos adversos posteriores a la aplicación de las medidas de seguridad del paciente de los adultos usuarios del Servicio de Centro Quirúrgico – Hospital II EsSalud Huánuco-2017.....	78
Tabla 05. Aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica antes de la inducción de la anestesia de los pacientes adultos usuarios del Servicio de Centro Quirúrgico – Hospital II EsSalud Huánuco-2017....	79
Tabla 06. Aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica antes de la incisión de la piel de los pacientes adultos usuarios del Servicio de Centro Quirúrgico – Hospital II EsSalud Huánuco-2017.....	81
Tabla 07. Aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica antes de que el paciente abandone sala de operaciones, Servicio de Centro Quirúrgico – Hospital II EsSalud Huánuco-2017.....	83
Tabla 08. Nivel de aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica del paciente adulto usuario del Servicio	

	de Centro Quirúrgico – Hospital II EsSalud Huánuco-2017.....	85
Tabla 09.	Relación entre la aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica y las reacciones adversas en los pacientes adultos en estudio – Hospital II EsSalud Huánuco, 2017.....	87

ÍNDICE DE FIGURAS

		Pág.
Figura 01	Representación gráfica de la edad de los adultos usuarios en estudio – Hospital II EsSalud Huánuco-2017.....	73
Figura 02.	Representación gráfica del tipo de seguro de los adultos usuarios del Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II EsSalud Huánuco, 2017.....	74
Figura 03.	Frecuencia y porcentajes del nivel de aplicación de medidas de seguridad del paciente adulto usuario del Servicio de Centro Quirúrgico – Hospital II EsSalud Huánuco-2017.....	85
Figura 04.	Dispersión de puntos de la relación entre nivel de práctica de las medidas de seguridad del paciente y las reacciones adversas de los pacientes adultos en estudio – Hospital II EsSalud Huánuco, 2017....	89

PRESENTACIÓN

Las intervenciones quirúrgicas, tienen como propósito otorgar beneficios para la salud de los usuarios en salud, sin embargo estos procedimientos no están exentos de riesgos¹. En el Perú, múltiples hospitales públicos y privados han iniciado la utilización de listas de chequeo para la seguridad de la cirugía. El paciente y su cuidador principal también pueden participar activamente en su propia seguridad. La existencia de un listado que permita al paciente saber cuáles son las indicaciones que debe de seguir adaptadas a su intervención y la posibilidad de ir comprobando que las va realizando correctamente favorecen su seguridad. Incluso la posibilidad de contactar con el centro en caso de incumplimiento añade la posibilidad de detectarlos incluso antes de que el paciente tome contacto físico con el centro hospitalario².

Para una mejor comprensión de la lectura del presente informe, se ha estructurado en cinco capítulos; los cuales se detallan a continuación:

En el primer capítulo, se abordó la descripción y formulación del problema de investigación, los objetivos, las hipótesis tanto generales como específicas, las variables y su operacionalización. Asimismo, la justificación y viabilidad del estudio y por último las limitaciones y consideraciones éticas adoptadas.

En el segundo capítulo se presenta el marco teórico, el cual comprende: la descripción detallada de los antecedentes, las bases teóricas

y conceptuales del estudio, así como las definiciones de los términos operacionales.

En el tercer capítulo se expone el marco metodológico de la investigación, el cual está compuesta de las siguientes partes: tipo de estudio, método de estudio, población, muestra, instrumentos de recolección de datos, procedimientos de investigación y el análisis e interpretación de los datos.

En el cuarto capítulo se exhiben los resultados descriptivos e inferenciales, con sus respectivos análisis e interpretación.

Y, en el quinto capítulo se presenta la discusión de los resultados.

Por último, se presentan las conclusiones, en donde se establecen las consecuencias derivadas del estudio y se proponen las sugerencias para una ampliación de la investigación.

En la parte final de la tesis, aparece un listado de las referencias bibliográficas utilizadas durante todo el proceso del estudio, así como los anexos respectivos, que entre otros, consideran la estructura y el desarrollo resumido de la intervención comunicacional aplicada a los docentes en estudio.

Las autoras.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

1.1. ASPECTOS BÁSICOS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En los últimos años, la cirugía viene siendo un componente fundamental de la asistencia sanitaria en todo el mundo desde hace más de un siglo. Pues, más de 230 millones de intervenciones quirúrgicas bajas o cualquier método anestésico: general, regional, o bajo sedoanalgesia se realizan anualmente. Esto se traduce que por cada 25 personas hay una intervención quirúrgica y esto la seguridad dentro de la asistencia médica tiene una importancia significativa para la salud pública³.

La actividad quirúrgica puede prevenir la pérdida de la vida o la integridad física, pero también está asociado con un riesgo considerable de complicaciones graves e incluso la muerte, usando estimaciones prudentes se han supuesto, según las evidencias, al menos 7 millones de pacientes se ven afectados por complicaciones después de una cirugía cada año, de los que como mínimo un millón fallecen durante la operación o inmediatamente después; y, mitad de ellas probablemente se pueden prevenir⁴.

Un hecho paradójico es que una buena parte de estas complicaciones están bien puntualizadas en la literatura médica y son pródigamente

conocidas tanto por el personal médico como el público en general. A pesar de esto, se repiten y no parece que se adopten las medidas preventivas necesarias. Muchas se consideran inevitables, resultado de factores fuera de control en relación a la naturaleza de la enfermedad o del estado general del paciente y otras, sencillamente, se dejan en manos de la experiencia de los profesionales que intervienen en el procedimiento quirúrgico⁵. Es innegable que la experiencia del cirujano y del anestesiólogo son elementos transcendentales para reducir esos errores, pero existe gran cantidad de evidencias de que una buena parte de ellos se pueden evitar si se instauran y se protocolizan las medidas necesarias apropiadas para poder incrementar la seguridad en nuestros pacientes⁵.

Una revisión sistemática⁶ sobre la incidencia de eventos adversos relacionados con la atención hospitalaria mostró que cerca del 40% de los eventos adversos estaban relacionados con procedimientos quirúrgicos. Los principales estudios realizados muestran que entre un 3,8% y un 16,6% de los pacientes ingresados en centros hospitalarios sufre algún daño relacionado con la asistencia sanitaria⁷.

En España, los estudios realizados hasta el momento revelan que uno de cada diez pacientes que ingresa en un hospital⁸ y uno de cada mil pacientes que acuden a un centro de atención primaria⁹ sufre un daño

como consecuencia de la atención prestada. Asimismo, el estudio nacional sobre efectos adversos ligados a la hospitalización ha mostrado una tasa de incidencia de eventos adversos en los servicios de cirugía general del 10,5%, y del 3% en los servicios de cirugía mayor ambulatoria¹⁰.

La evitabilidad de los eventos adversos pone de manifiesto hasta qué punto la seguridad quirúrgica debe ser un tema prioritario de salud pública. Una de las estrategias orientadas a la prevención es el uso de guías de práctica clínica, vías clínicas y protocolos, sostenidos en la medicina basada en la evidencia¹¹.

Por ello disponemos de actualizaciones recientes avaladas por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, sobre estándares y recomendaciones a implantar en el Bloque Quirúrgico¹², o la Guía de Práctica Clínica para la Seguridad de Paciente Quirúrgico¹³.

La relativa frecuencia con que se producen éstos errores y sus consecuencias adversas, ha generado una preocupación excepcional a nivel mundial por paliar o minimizar este riesgo, configurándose una nueva línea de trabajo que se dirige a mejorar la atención sanitaria en lo que a seguridad del paciente quirúrgico se refiere. En este contexto, en

mayo de 2002, la 55ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se pide a los Estados Miembros “que preste mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y que establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención sanitaria”¹⁴.

Asimismo, la Asamblea exhortó a la creación de programas encaminados a garantizar la seguridad de los pacientes en los sistemas de salud. Dos años después en la 57ª Asamblea, nace la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes, que se lanza en octubre de 2004 como parte de esa iniciativa; en enero de 2007, la puso en marcha una iniciativa o un Reto Mundial llamada «La cirugía segura salva vidas», que tiene por objeto reconocer ciertas normas mínimas de atención quirúrgica que pueden aplicarse de manera universal en todos los países y entornos. Un aspecto de esta iniciativa es que se pretende mejorar la seguridad ligada a procedimientos quirúrgicos, desarrollar estandarizadas medidas para la vigilancia de la atención quirúrgica y su efecto en la salud pública a través del tiempo¹⁵. Desde la Alianza, tras consultar con cirujanos, anestesistas, enfermeras, otros profesionales sanitarios y con pacientes de todo el mundo, se ha identificado un conjunto de controles de seguridad que podrían realizarse en cualquier quirófano¹⁶.

Por tal motivo, la OMS, elaboró el Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica, con el objetivo de reforzar las prácticas seguras reconocidas y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las disciplinas quirúrgicas. Cada uno de los puntos de verificación incluidos, se basa en la evidencia científica, o en la opinión de expertos, con la finalidad de reducir la probabilidad de daño quirúrgico serio, evitable, y considerando que es poco probable que su utilización origine daños o costes significativos. Por tales motivos, el listado de verificación es una herramienta diseñado para que sea simple y breve a disposición del equipo de salud para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables¹⁴.

La lista impone una rutina de prácticas en los quirófanos de todo el mundo que comprueba 19 apartados en 3 momentos críticos de todo acto quirúrgico cada una de las cuales se corresponde con un periodo de tiempo específico del flujo normal del procedimiento; antes del inicio de la anestesia, antes del inicio de la operación y cuando el paciente sale de la sala quirúrgica. En cada fase, la lista verifica con todo el equipo quirúrgico que todos los aspectos cruciales se han cumplido. En este sentido, el listado de verificación de seguridad quirúrgica han demostrado su utilidad en la industria cuando los profesionales de diferentes ámbitos están implicados en el mismo proceso, tiene como objetivo reforzar las prácticas

seguras reconocidas y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las disciplinas quirúrgicas.

“La seguridad del paciente puede definirse como la ausencia, prevención o minimización de los daños producidos durante el proceso de atención sanitaria”⁴.

Aunque evitar el daño a los pacientes haya sido siempre un objetivo de los profesionales, lo cierto es que, desde hace unos años, la seguridad del paciente constituye un elemento clave de la asistencia sanitaria, habiéndose convertido en una prioridad para la mayoría de los sistemas sanitarios de los países desarrollados. Se trata de un componente fundamental y un aspecto básico a la hora de valorar hoy la calidad de la atención prestada. La razón es bien simple: los efectos adversos y no deseados, secundarios a esta atención, representan una importante causa de elevada morbilidad y mortalidad¹⁴.

La introducción de la verificación de la seguridad quirúrgica OMS¹⁴ en las salas de operaciones en ocho diversos hospitales en ocho ciudades (Toronto, Canadá; New Delhi, India; Amman, Jordan; Auckland, Nueva Zelanda; Manila, las Filipinas; Ifakara, Tanzania; Londres, Inglaterra; y Seattle, Washington) se asoció con mejoras significativas en los resultados quirúrgicos. Tasas de complicaciones postoperatorias cayeron

un 36% en promedio, y las tasas de mortalidad se redujeron en una cantidad similar. Todos los centros tuvieron una reducción en la tasa de complicaciones postoperatorias, con una reducción significativa en tres lugares, uno en una zona de ingresos altos y dos en lugares de bajos ingresos. Se mantuvo la reducción de las complicaciones cuando el análisis se ajustó para las variables de la casuística. Además, aunque el efecto de la intervención fue más fuerte en algunos lugares que en otros, no solo sitio fue responsable del efecto global, ni el efecto limitado de altos ingresos o en los sitios bajos ingresos exclusivamente. La reducción en las tasas de muerte y complicaciones sugiere que el programa de lista de control puede mejorar la seguridad de los pacientes quirúrgicos en diversos entornos clínicos y económicos¹⁷.

Una reciente publicación ha demostrado que la instauración de la lista propuesta por la OMS¹⁴ reduce de forma significativa la tasa de complicaciones del 11 al 7% y de mortalidad del 1.5 al 0.8%. Pero lo más significativo de este estudio, es que en esta reducción contribuyeron gran cantidad de centros hospitalarios en diferentes países, es decir, que la lista de verificación es útil en cualquier medio.

Múltiples instituciones han apoyado el cumplimiento de esta lista, pero que quede bien claro, que su implementación exige, más allá de apoyo

institucional, un compromiso del propio equipo quirúrgico, el que deben anteponer la seguridad del paciente ante todo. Quizá el aspecto más importante no sea la implementación en sí de la “lista”, sino que su implementación implica un trabajo en equipo, una mayor participación, comunicación y sentido de responsabilidad de todos los miembros del equipo quirúrgico, lo cual consigue modificar las actitudes personales⁵.

Por la situación planteada nos proponemos a determinar la relación que existe entre la aplicación de la seguridad quirúrgica con la prevalencia de eventos adversos en pacientes adultos usuarios del centro quirúrgico del Hospital II EsSalud Huánuco, 2017.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

Frente a esta problemática, surge la interrogante

1.2.1. Problema General:

¿Existe relación entre la aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica y las reacciones adversos en pacientes los adultos del Hospital II EsSalud Huánuco, 2017?

1.2.2. Problemas específicos:

¿Existe relación entre la aplicación de medidas de seguridad quirúrgica antes de la inducción anestésica y la prevalencia de eventos adversos en los pacientes en estudio?

¿Están relacionadas la aplicación de medidas de seguridad quirúrgica antes de la incisión de la piel con la prevalencia de eventos adversos en los pacientes en estudio?

¿Se relacionan la aplicación de medidas de seguridad quirúrgica antes de que abandone la sala de operaciones con la prevalencia de eventos adversos en los pacientes?

1.3. JUSTIFICACIÓN.

1.3.1. Aporte teórico.

La calidad asistencial está vinculada a seguridad clínica, eficiencia, efectividad de resultados y, en definitiva, responsabilidad de los profesionales sanitarios de asegurar máxima satisfacción del usuario al menor coste, utilizando buenas prácticas que implican los 3 niveles de gestión, macro, meso y micro-gestión¹⁸.

Desde las últimas décadas del siglo XX, ha crecido el interés de las organizaciones sanitarias por mejorar la calidad asistencial y la seguridad en la provisión de los cuidados de salud en quienes son atendidos en sus instituciones, para ello se han implementado las estrategias de seguridad del paciente, siendo parte fundamental para su funcionamiento. Los países más desarrollados tienden a tener reglas que

están bien establecidas y codificadas para el proceso del cuidado durante el periodo perioperativo, aunque estas reglas son inconstantemente aplicadas. En el entorno Europeo, se puede destacar la recomendación del Consejo de Europa de 9 de junio de 2009 sobre seguridad de pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria¹⁹. En otros lugares posiblemente no hay pautas o normas claras para dirigir el proceso perioperativo²⁰.

La Lista de Verificación son instrumentos fundamentales en la planificación y gestión de las estrategias de seguridad del paciente, por tanto puede ayudar a países y complejos a evaluar sus propios procesos de cuidados y mejorar la seguridad quirúrgica. Por ello, resulta importante efectuar el análisis, de este modo aportar al conocimiento del comportamiento de estas dos variables relacionadas a fin de adoptar medidas de prevención. Control y vigilancia hospitalaria.

1.3.2. Aporte Social

El objetivo de los sistemas de salud es maximizar la salud potencial de los individuos y las poblaciones. La entrega de

servicios de atención de salud de calidad y seguridad, junto con factores genéticos, conductuales y otros, exógenos, son una parte importante para alcanzar ese objetivo. Junto con lograr un estado óptimo de salud, hay objetivos del sistema relacionados con la equidad y objetivos relacionados con un empleo adecuado de los recursos del sistema. La puesta en marcha de una lista de verificación quirúrgica representa un desafío en la cultura organizacional orientada a una formación de competencias del personal de salud, ya que el beneficio que brindaremos a enfermos como a los cirujanos con esta forma de proceder es el imperativo ético que debe motivar a realizar el máximo esfuerzo para su implementación asistencial en todos los centros quirúrgicos.

1.3.3. Aporte práctico.

Con el fin de reducir los eventos adversos evitables, el listado de verificación de los procedimientos quirúrgicos es una herramienta útil dentro de las estrategias para dar seguridad a las intervenciones planteadas en la atención sanitaria en todo el mundo, aunque fue creada para ser aplicada universalmente, no siempre encaja perfectamente en todas las instituciones. Se pueden hacer modificaciones para incluir

elementos que se consideran esenciales. Es frecuente la aparición de complicaciones asociadas a la cirugía y a menudo puede ser prevenible hasta en un 50% de los casos³. En consecuencia prestar atención sistemática de las variables en estudio aportó estrategias metodológicas en la aplicación de la seguridad del paciente y consecuentemente entre otros beneficios disminuir la prevalencia de eventos adversos.

1.3.4. Aporte metodológico.

El valor metodológico de la presente investigación estuvo dado por la elaboración de un instrumento confiable y válido que sirvió como guía para futuras investigaciones relacionadas a las medidas de seguridad quirúrgica. De igual manera se tuvo en cuenta los diseños planteados en la presente investigación.

1.4. PROPÓSITO.

Los resultados proporcionó el trabajo del enfermero y de todo el equipo quirúrgico porque consintió desarrollar estrategias para disminuir los eventos adversos asociados a procedimientos quirúrgicos, así como para sensibilizar a los profesionales de la salud

sobre la importancia del uso correcto de la lista de verificación de cirugía segura.

1.5. OBJETIVOS.

1.5.1. Objetivos generales.

- Determinar la relación entre la aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica y las reacciones adversas en los pacientes adultos del Hospital II EsSalud Huánuco, 2017.

1.5.2. Objetivos específicos

- Describir las características demográficas, del aseguramiento y de la atención de salud de los pacientes en estudio.
- Conocer la prevalencia de eventos adversos posteriores a la aplicación de las medidas de seguridad del paciente en estudio.
- Identificar la aplicación de medidas de seguridad quirúrgica antes de: la inducción anestésica, la incisión de la piel, que el paciente abandone la sala de operaciones, estimando el nivel de su aplicación por el personal de Centro Quirúrgico.
- Analizar la relación entre la aplicación de medidas de seguridad quirúrgica antes de: la inducción anestésica y la

prevalencia de eventos adversos en los pacientes en estudio.

- Analizar la relación entre la aplicación de medidas de seguridad quirúrgica antes de la incisión de la piel y la prevalencia de eventos adversos en los pacientes en estudio.
- Analizar la relación entre la aplicación de medidas de seguridad quirúrgica antes de que abandone la sala de operaciones y la prevalencia de eventos adversos en los pacientes.

1.6. HIPÓTESIS.

1.6.1. Hipótesis general.

H0: La aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica no determina prevalencia de eventos adversos en pacientes adultos usuarios de centro quirúrgico del Hospital II EsSalud Huánuco, 2017.

Hi: La aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica determina prevalencia de eventos adversos en pacientes adultos usuarios de centro quirúrgico del Hospital II EsSalud Huánuco, 2017.

1.6.2. Hipótesis específicas:

H0₁: No existe relación entre la aplicación de medidas de seguridad quirúrgica antes de la inducción anestésica y la prevalencia de eventos adversos en los pacientes en estudio.

Hi₁: Existe relación entre la aplicación de medidas de seguridad quirúrgica antes de la inducción anestésica y la prevalencia de eventos adversos en los pacientes en estudio.

H0₂: No existe relación entre la aplicación de medidas de seguridad quirúrgica antes de la incisión de la piel con la prevalencia de eventos adversos en los pacientes en estudio.

Hi₂: Están relacionadas la aplicación de medidas de seguridad quirúrgica antes de la incisión de la piel con la prevalencia de eventos adversos en los pacientes en estudio.

H0₃: No existe relación entre la aplicación de medidas de seguridad quirúrgica antes de que abandone la sala de operaciones con la prevalencia de eventos adversos en los pacientes.

Hi₃: Se relacionan la aplicación de medidas de seguridad quirúrgica antes de que abandone la sala de operaciones con la prevalencia de eventos adversos en los pacientes.

1.7. VARIABLES.

1.7.1. Variable dependiente:

- **Prevalencia de eventos adversos**

- Mortalidad
- Infección/Sepsis
- Evento en transfusión

1.7.2. Variable Independiente:

- **Aplicación de la seguridad quirúrgica**

- Antes de la inducción de la anestesia/Al ingreso
- Antes de la incisión de la piel/Preoperatorio
- Antes de que el paciente abandona la sala de operaciones/Al egreso.

1.7.3. Variables intervinientes:

- **Características demográficas:**

- Edad
- Género
- Estado conyugal

- Características de atención:
 - Tipo de seguro
 - Diagnóstico
 - Servicio de procedencia
 - Complejidad

1.8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	VALOR FINAL	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE DEPENDIENTE				
Prevalencia de eventos adversos	Prevalencia global	Presente/ausente	Sí/No	Nominal
	Mortalidad	Mortalidad intraoperatoria= $\frac{\text{N}^\circ \text{ de defunciones en centro quirúrgico}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos en centro quirúrgico}} \times 100$	Tasa	De razón
		Mortalidad en diagnóstico de baja complejidad = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de defunciones en diagnóstico en centro quirúrgico}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos en centro quirúrgico}} \times 100$	Tasa	De razón
	Hemorragia	Hemorragia postquirúrgica = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con hemorragia postquirúrgica}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos en centro quirúrgico}} \times 100$	Tasa	De razón
	Infección/Se psis	Infección de sitio operatorio = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de infecciones en pacientes operados en Centro quirúrgico}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos en centro quirúrgico}} \times 100$	Tasa	De razón
		Infección urinaria asociada a sonda vesical = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con infección urinarias asociadas a colocación de sonda vesical en centroquirúrgico}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos en centro quirúrgico}} \times 1$	Tasa	De razón

		Sepsis asociada a catéter central = <i>Nº de pacientes con sepsis asociada a catéter central colocadas en centro quirúrgico</i> $\frac{\text{°Nº de pacientes atendidos en centro quirúrgico}}{\text{°Nº de pacientes atendidos en centro quirúrgico}} \times 100$	Tasa	De razón
	Evento en transfusión	Evento adverso asociado a la transfusión sanguínea = <i>Nº de pacientes con eventos adversos asociado a transfusión sanguínea en centro quirúrgico</i> $\frac{\text{°Nº de pacientes atendidos en centro quirúrgico}}{\text{°Nº de pacientes atendidos en centro quirúrgico}} \times$	Tasa	De razón
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Aplicación de la seguridad quirúrgica	Seguridad en el proceso quirúrgico	Nivel de aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica	15-19 puntos = Buena 14- ó < puntos = Mala	Ordinal
	Antes de la inducción de la anestesia/ Al ingreso	El paciente ha confirmado su identificación, el sitio de la cirugía, el procedimiento y su consentimiento	Sí/No	Nominal
		Se ha marcado el sitio de la cirugía	Sí/No proced e	Nominal
		Se ha completado la comprobación la verificación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica.	Sí/No	Nominal
		Tiene el paciente: Alergia conocida	Sí/No	Nominal
		Tiene el paciente: Vía aérea difícil, riesgo de aspiración	Sí/No	Nominal
		Tiene el paciente riesgo de hemorragia > de 500 ml (7ml/Kg en niños)	Sí/No	Nominal
	Antes de la incisión de la	Se ha confirmado que todos los miembros del equipo quirúrgico se han presentado por nombre y función.	Sí/No	Nominal

piel/Preoperatorio	Se ha confirmado su identificación, el sitio de la cirugía, el procedimiento y su consentimiento	Sí/No	Nominal
	Se ha administrado la profilaxis con antibióticos dentro de los 60 minutos previos.	Sí/No	Nominal
	Se ha previsto los eventos críticos por el cirujano quien revisó los eventos críticos, inesperados o no sistematizados.	Sí/No	Nominal
	El cirujano revisó la duración de la cirugía	Sí/No	Nominal
	El cirujano revisó la cantidad de pérdida de sangre prevista	Sí/No	Nominal
	El equipo de anesthesiologists revisó la presencia de algún problema específico concerniente al paciente	Sí/No	Nominal
	El equipo de enfermería revisó la esterilidad quirúrgica (incluyendo los indicadores de resultados)	Sí/No	Nominal
	El equipo de enfermería revisó algún problema con el instrumental o equipo que se requiera	Sí/No	Nominal
	Pueden visualizarse los exámenes diagnósticos esenciales	Sí/No aplica	Nominal
	Confirman verbalmente la identidad del paciente, el sitio de cirugía y el procedimiento	Sí/No	Nominal
	Antes de que el paciente abandone la sala de operaciones / Al egreso	La (la) enfermera confirma verbalmente con el equipo quirúrgico el nombre del procedimiento registrado.	Sí/No
La (la) enfermera confirma verbalmente con el equipo quirúrgico el recuento de instrumentos, gasas y agujas está completa (o no aplicable)		Sí/No	Nominal

		La (la) enfermera confirma verbalmente con el equipo quirúrgico el etiquetado del espécimen o muestra quirúrgica (lee la etiqueta en voz alta, incluyendo el nombre del paciente).	Sí/No	Nominal
		La (la) enfermera confirma verbalmente con el equipo quirúrgico si hubo algún problema que resolver relacionado con el equipo o instrumental que deba ser informado.	Sí/No	Nominal
		El cirujano, el anestesiólogo y la enfermera revisan los aspectos críticos de la recuperación y tratamiento del paciente.	Sí/No	Nominal
VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN				
Sociodemográficas	Edad	Tiempo transcurrido, en años, desde el nacimiento hasta la fecha de la entrevista.	< a 30 30 - 40 41 - 50 > 51	Ordinal politémica
	Género	Género biológico	Masculino Femenino	Nominal dicotómica
	Estado conyugal	Condición civil	Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a Conviviente	Nominal politémica
Atención	Servicio de procedencia		Medicina interna Urología Cirugía	Nominal politémica

			general Oftalmología Otros	
	Complejidad		Cirugía mayor de alta complejidad Cirugía mayor de media na complejidad Cirugía mayor de baja complejidad Cirugía menor de alto requerimiento	Nominal politémica

1.9. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERACIONALES.

- **Prevalencia de eventos adversos:** Son los números de casos con presencia de eventos adversos derivado de la aplicación de la seguridad del paciente. Para fines de la investigación se

consideraron los siguientes eventos adversos: mortalidad, hemorragia, infección/sepsis y eventos en transfusión sanguínea.

- **Aplicación de la seguridad del paciente:** Ausencia de accidente o lesiones prevenibles producidos en la atención médica²¹. Para fines de investigación, fueron considerados tres niveles: alto, medio y bajo.

1.9. LIMITACIONES.

En el presente estudio se tuvo limitación, con respecto al proceso de recolección de datos, pues demandó mayor tiempo de lo requerido debido a que se tenía que trabajar con las historias clínicas.

CAPÍTULO II

2. INTRODUCCIÓN

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.

A continuación se presentan algunas investigaciones que incluyen aspectos que sirven de enlace y de referentes para este estudio, mostrándose en orden cronológico. Posteriormente, se consideran los principales enfoques teóricos que sustentan la investigación.

Antecedentes internacionales.

En Colombia (2018), Catalina Estrada Gonzalez y Luz Dary González Restrepo²² en su estudio “Sucesos adversos relacionados con el acto quirúrgico en una institución de salud de tercer nivel” con la finalidad de determinar las causas que ocasionan la presencia de sucesos adversos relacionados con el acto quirúrgico en una institución de salud de tercer nivel. Estudio descriptivo con temporalidad retrospectiva realizado donde revisaron 164 registros de reporte de evento adverso recabándose la información en un reporte de evento adverso del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos. Los resultados fueron que los sucesos adversos registrados se clasificaron en eventos adversos prevenibles 58,44 %, eventos adversos no prevenibles 13,64 %, acciones inseguras 22,73 % e incidentes 5,19 %. Por tanto, los sucesos adversos obedecen a cancelaciones inoportunas de los procedimientos quirúrgicos,

descuido en la administración de medicamentos, identificación incorrecta de pacientes, no lavado de manos por parte del equipo quirúrgico y falta de aseo en el quirófano durante los recambios.

En Brasil (2015), Mirela Lopes de Figueiredo y Maria D'Innocenzo²³ realizó un estudio titulado “Eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales: una revisión integradora”, cuyo objetivo fue identificar las publicaciones científicas sobre eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales y discutir la cultura de seguridad del paciente. Revisión bibliográfica de 25 artículos científicos en el período de 2005 a 2015, con búsqueda en MEDLINE, LILACS y BDNF disponibles en la BVS, utilizando los siguientes descriptores; seguridad del paciente, asistencia al paciente, vigilancia de eventos centinela, gestión de la seguridad. Los investigadores llegaron a la conclusión que la cultura punitiva aparece como responsable de la subnotificación y omisión de los eventos adversos, que constituyen un obstáculo para la aplicación efectiva de las investigaciones. Es esencial estimular una cultura de seguridad para establecer estrategias que aseguren la prestación de cuidados libres de daños.

En Cuba (2015), Ariel Solor Muñoz y Liset Pérez Bolaños²⁴ realizaron un estudio titulado: “El check list como herramienta para el desarrollo de la seguridad al paciente quirúrgico”, cuyo objetivo fue profundizar los

conocimientos y la convicción de los profesionales en la identificación de controles de seguridad de la cirugía para la prevención de daños al paciente quirúrgico. Los eventos adversos son más frecuentes en los pacientes quirúrgicos que en los de cualquier otra especialidad. Los pacientes al ser intervenidos quirúrgicamente, son más vulnerables a complicaciones producidas por errores profesionales. El cumplimiento de protocolos como el *Check list* garantiza la seguridad del paciente y acredita la buena praxis por parte de los profesionales sanitarios. Los investigadores tras revisar diversas bibliografías en las bases de datos proponen reforzar una creciente cultura de seguridad clínica en los profesionales sanitarios, logrando el compromiso y la convicción de todos los profesionales implicados en la utilidad de la herramienta.

Antecedentes nacionales.

En Lima (2017), Marisol Justo Delzo y Edith Paredes Campos²⁵ realizaron un estudio titulado “Eficacia del uso de la lista de verificación checklist para disminuir los eventos adversos en pacientes sometidos a cirugía”, cuyo objetivo fue determinar la efectividad de la lista de verificación (checklist) para disminuir los eventos adversos en pacientes sometidos a cirugía. Revisión Sistemática observacional y retrospectivo, la búsqueda se ha restringido a artículos con texto completo, y los artículos seleccionados se sometieron a una lectura crítica, utilizando la

evaluación de sistema grade para identificar su de recomendación y calidad de evidencia de un total de 12 artículos. Por tanto, se encontró que 100 % certifica que el uso de la lista de verificación es eficaz para disminuir los eventos adversos en pacientes sometidos a cirugía.

En Lima (2017), Cielo Colan Pineda, Angelita Herrera Llanos y Miriam Suire Escalera²⁶, en su estudio sobre “Nivel de cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la unidad de centro quirúrgico de dos hospitales del Ministerio de Salud. Departamento Junin. Mayo 2016 – Junio 2017”; cuyo objetivo fue determinar el nivel de cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la unidad de centro quirúrgico de dos hospitales del ministerio de salud. Estudio cuantitativo, descriptivo, prospectivo y observacional que se llevó a cabo en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo y el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, dos hospitales de nivel II-2 del Ministerio de Salud departamento de Junín, en una población total de 21 enfermeros especialista en centro quirúrgico .

En Lima (2016), Eliana Caparachin Gonzales y Rosa Henostroza Inga²⁷ en su tesis: “Eventos adversos durante el traslado del paciente postoperado inmediato en sala de operaciones en la Clínica Stella Maris Lima, Perú, 2016”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de riesgo y

eventos adversos durante el traslado intrahospitalario del paciente postoperado inmediato en cirugía mayor en centro quirúrgico. Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, prospectivo y se llevó a cabo en el servicio de Centro quirúrgico de la Clínica “Stella Maris” en una población de pacientes adultos y adultos mayores sometidos a cirugías mayores programadas y de emergencia.

Antecedentes locales.

No se evidencia estudios relacionados al tema en el repositorio institucional.

2.2. BASES TEÓRICAS.

2.2.1. Teoría Florence Nightingale.

Creada por Florence Nightingale, enfermera considerada a nivel mundial como la fundadora de la enfermería moderna²⁸.

La teoría trata sobre la influencia que tiene el entorno en la salud de las personas. Florence Nightingale, consideraba que la enfermera era la delegada de manejar el ambiente para favorecer la salud del paciente. Como toda teoría, esta posee características que la identifican junto a los cuatro metaparadigmas²⁸.

Enfermería. Para Florence Nightingale, toda dama, en algún momento de su vida, practicaría de enfermera de algún modo, ya que consistía en hacerse responsable de la salud de otras personas. “Su idea principal era que toda mujer debe recibir formación para poder cuidar un enfermo y que las enfermeras que proporcionan una atención sanitaria preventiva necesitan una formación aún más amplia. Las enfermeras debían ser excelentes observadoras de los pacientes y de su entorno. Las enfermeras con formación debían realizar una vigilancia continua”²⁹.

Persona. Nightingale hacía referencia a la persona como paciente. Todas las actividades realizadas por las enfermeras eran a favor del paciente para una pronta recuperación. Nightingale hizo especial hincapié en el control y la responsabilidad que las profesionales de enfermería debían mantener sobre el hábitat del paciente, las conductas personales y las elecciones. Respetar a las personas de diversos orígenes sin formular juicios sobre su nivel social. “Su convicción sobre la necesidad de enfermeras laicas apoya el respeto por las personas sin emitir juicios originados por sus creencias religiosas o por la falta de ellas”²⁹.

Salud. El concepto de salud según la autora Nightingale, define a la persona como la sensación de sentirse bien, estar en sus cinco sentidos bien y la capacidad de utilizar al máximo todas las jurisdicciones de la

persona. La autora contempla la enfermedad como un proceso restaurador que la naturaleza imponía debido a una falta de atención. La autora utilizó el término naturaleza como sinónimo de Dios. “Este empleo se veía respaldado por las creencias religiosas del unitarismo”. Admitía que para mantener la salud se tenía que prevenir enfermedades mediante el control del entorno y la responsabilidad social. Describió la enfermería de salud pública moderna y el concepto de promoción de salud²⁹.

Entorno. El concepto de entorno según Nightingale define como “aquellos elementos externos que afectan a la salud de las personas sanas y enfermas e incluyen desde la comida y las flores hasta las interacciones verbales y no verbales con el paciente”. No se descarta ningún elemento del mundo del paciente. La autora aconsejaba a las enfermeras a crear y mantener un entorno terapéutico que mejoraría la comodidad y recuperación, entre la enfermera y el paciente ya que se creía que los enfermos se beneficiarían física y mentalmente de las mejoras del entorno ya que las enfermeras podrían ser el elemento para cambiar el estatus social de los necesitados, al mejorar sus condiciones de vida físicas y psicológicas²⁹.

2.3. BASES CONCEPTUALES.

2.3.1. Cirugía segura.

La OMS³⁰ define la seguridad del paciente como “la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro”.

Objetivos esenciales para una Cirugía Segura.

Objetivo 1. El equipo operará al paciente correcto en el sitio anatómico correcto.

Objetivo 2. El equipo utilizará métodos que se sabe que previenen los daños derivados de la administración de la anestesia, al tiempo que protegen al paciente del dolor.

Objetivo 3. El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida de la función respiratoria o del acceso a la vía aérea, y reconocerá esas situaciones.

Objetivo 4. El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida considerable de sangre, y reconocerá esas situaciones.

Objetivo 5. El equipo evitará provocar reacciones alérgicas o reacciones adversas a fármacos que se sabe que suponen un riesgo importante para el paciente.

Objetivo 6. El equipo utilizará sistemáticamente métodos reconocidos para minimizar el riesgo de infección de la herida quirúrgica.

Objetivo 7. El equipo evitará dejar accidentalmente gasas o instrumentos en la herida quirúrgica.

Objetivo 8. El equipo guardará e identificará con precisión todas las muestras quirúrgicas.

Objetivo 9. El equipo se comunicará eficazmente e intercambiará información sobre el paciente fundamental para que la operación se desarrolle de forma segura.

Objetivo 10. Los hospitales y sistemas de salud públicos establecerán una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos.

2.3.2. Lista de verificación de cirugía segura.

El checklist o lista de Verificación, es una herramienta con la que, además de garantizar la seguridad del paciente, se facilita y acredita la buena praxis por parte de los profesionales sanitarios³¹.

En el Perú a través del Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA se aprobó incorporar el uso de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía³².

El Ministerio de Salud pone a disposición de todos los equipos de gestión y prestadores de las organizaciones de salud, la “Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”, con la finalidad de reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas para mejorar la seguridad de las operaciones y reducir el número de complicaciones y de defunciones quirúrgicas innecesarias ya que el uso continuo se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales y entornos y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básicas³³.

La Lista de verificación (checklist) divide la intervención en tres fases, cada una de las cuales se corresponde con un periodo de tiempo específico del procedimiento; el periodo previo a la inducción anestésica (Entrada), el periodo después de la inducción y antes de la incisión quirúrgica (“Pausa quirúrgica”) y el periodo durante o inmediatamente después de cerrar la herida (Salida). El coordinador de la lista de verificación (checklist) suele ser la

enfermera circulante, quien es la encargada de realizar las preguntas y cumplimentar las marcas en las casillas; en caso de imposibilidad podría ser cualquier otro profesional sanitario que participe en la intervención³⁴.

Para la elaboración de esta herramienta, la OMS se basó en tres principios aplicables:

Simplicidad. Una lista exhaustiva de normas y directrices podría mejorar la seguridad del paciente, pero la exhaustividad dificultaría su uso y difusión, y probablemente se encontrarían con una resistencia considerable. El atractivo que tiene la simplicidad en este contexto no es desdeñable. Las medidas poco complicadas son las más fáciles de establecer y pueden tener efectos profundos en un amplio abanico de entornos³⁵.

Amplitud de Aplicación. De habernos centrado en un entorno concreto con determinados recursos habría cambiado el tipo de cuestiones debatidas (por ejemplo, los requisitos mínimos de equipamiento en entornos con escasos recursos). Sin embargo, el objetivo del reto es abarcar todos los ambientes y entornos, desde los más ricos hasta los más pobres en recursos. Además, en todos los entornos y ambientes se producen fallos regulares que pueden atajarse con soluciones comunes³⁵.

Mensurabilidad. Un elemento clave del segundo reto es la medición del impacto. Deben seleccionarse instrumentos de medida significativos, aunque sólo se refieran a procesos indirectos, y que sean aceptables y cuantificables por los profesionales en cualquier contexto³⁵.

Si se cumplen los tres principios anteriores es posible que se logre aplicar la Lista de chequeo con éxito. La inclusión de cada medida de control en la Lista de chequeo está basada en pruebas clínicas o en la opinión de los expertos de que dicha inclusión reduciría la probabilidad de daño quirúrgico grave evitable y probablemente no conlleve a lesiones ni costos irrazonables³⁶.

El checklist constituye un método eficaz, sencillo, práctico y aplicable a todo procedimiento para mejorar la seguridad en los pacientes quirúrgicos; incorpora la evaluación de los elementos clave o/y los mínimos requeridos, de manera que aumenta considerablemente la probabilidad de tener el mejor resultados para los pacientes, sin sobrecargar indebidamente al sistema ni a los profesionales³⁷.

Cirugía segura según la OMS³⁸, pretende ser una herramienta a disposición del equipo de salud para mejorar la seguridad en

intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables; el cual consta en la primera fase: antes de la inducción de anestesia, la segunda fase: antes de la incisión quirúrgica y la tercera fase: antes que el paciente salga del quirófano. Cada fase, considera lo siguiente:

Primera Fase: Antes de Inducción de Anestesia (Registro de Entrada), antes de la inducción anestésica, el coordinador de la Lista de Chequeo repasará verbalmente con el paciente (cuando sea posible) que se ha confirmado su identidad, la localización de la cirugía y el procedimiento a realizar y también que se ha obtenido el consentimiento informado para la intervención. El coordinador confirmará visualmente que el sitio de la intervención ha sido marcado (si procede), y repasará verbalmente con el anestesista el riesgo de hemorragia del paciente, la posible dificultad en la vía aérea y las alergias; así como la revisión del total de controles de seguridad de la anestesia.

Segunda Fase: Antes de Incisión Quirúrgica (Pausa Quirúrgica), el equipo confirmará que todos los miembros se presenten por su nombre y su función, confirmando el nombre del paciente, zona a ser operada y procedimiento. El cirujano, el anestesista y la enfermera circulante repasarán verbalmente a continuación los aspectos críticos del plan previsto para la

intervención, se realizará una pausa inmediatamente antes de la incisión de la piel para confirmar en voz alta que se ha administrado la profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos y que están a la vista las imágenes esenciales, si procede, utilizando las preguntas de la Lista de Chequeo como guía.

La Tercera Fase: Antes que el Paciente salga del Quirófano (Registro de Salida), el cirujano, el anestesista y la enfermera circulante repasarán cada uno en voz alta, los incidentes críticos de la intervención y el plan para un postoperatorio seguro, antes de terminar la intervención y retirar los paños estériles. El cirujano confirmará el procedimiento realizado, el anestesista el plan de recuperación y la enfermera la identificación de las muestras biológicas, y el recuento de gasas e instrumental³⁹.

Por último, antes de sacar al paciente del quirófano repasarán los planes y aspectos principales del tratamiento posoperatorio y la recuperación.

2.3.3. Eventos adversos.

Situación o acontecimiento inesperado con la atención sanitaria recibida por un paciente, que tienen, o puede tener consecuencias negativas para el mismo, y que no tiene relación con el curso natural de la enfermedad⁴⁰.

Una de las muchas definiciones aceptadas es que un evento adverso es una lesión física no intencional que resulta total o parcialmente de la atención médica recibida, que requirió de controles, tratamiento u hospitalización adicionales o que derivó en la muerte del paciente⁴¹.

Los Eventos adversos son más frecuentes en los pacientes quirúrgicos que en los de cualquier otra especialidad, y los daños producidos por errores quirúrgicos son desproporcionadamente grandes^{42, 43}. Es más, los pacientes son más vulnerables cuando están siendo intervenidos. Pretender que los pacientes se conviertan en su propio cuidador de su seguridad es difícil de conseguir cuando están anestesiados por la medicación analgésica. Los pacientes y sus familias ponen su fe en la enfermera quirúrgica y en sus compañeros de quirófano para asegurar que el paciente recibe una atención segura y efectiva⁴⁴.

2.3.2.1. Clasificación de los eventos adversos.

Los eventos adversos pueden ser clasificados desde varias perspectivas, según su condición de evitabilidad, el nivel de severidad del daño producido y su tipología siguiendo el carácter y el ámbito de ocurrencia⁴⁵.

Según condición de evitabilidad. Los eventos adversos deben clasificarse según se haya revisado si estos pudieron ser evitables o no. Se ha determinado que si bien la gran mayoría de dichos eventos eran prevenibles, en algunos casos no lo eran, debido a que fueron resultado de lo que se denomina riesgo inherente, sea del padecimiento o del procedimiento realizado.

Según nivel de severidad del daño producido. Se mencionó que un evento adverso es aquel que causa algún daño al paciente; de acuerdo a ello y como consecuencia de lo anterior, los eventos adversos se clasifican como graves, moderados y severos, según los siguientes principios: a) es un evento adverso denominado como grave, si ocasiona la muerte o incapacidad de la persona (o si contribuye a ello) o que implique una nueva intervención quirúrgica; b) es un evento adverso moderado, si ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de un día de duración o más; y c) se clasificará un evento adverso como leve, si ocasiona alguna lesión o complicación mínima, sin prolongación de la estancia hospitalaria.

Según la tipología de la problemática que los originó. Los eventos adversos e incidentes pueden surgir por múltiples causas, las cuales en un primer agrupamiento se organizan según grandes categorías de análisis; destacándose entre las principales aquellas

relacionadas con aspectos de carácter administrativo, con procesos o procedimientos clínicos, con aspectos relacionados con los cuidados hospitalarios, con situaciones vinculadas a procesos de medicación, con tratamientos diversos, como aquellos relacionados con productos sanguíneos, de la nutrición o el oxígeno, gases y vapores; los problemas de comunicación ocupan un lugar particular, por la gran trascendencia de éstos; se considera también un grupo de causas originadas por deficiencias de los establecimientos médicos, incluyendo cuestiones relativas a recursos humanos y materiales o a problemas de gestión de la organización⁴⁶.

Los eventos adversos se han distinguido por ser la consecuencia producida por el error, que desde nuestra perspectiva no solo involucra al personal médico, sino a todo el equipo de salud y en gran medida a la institución. Siendo los eventos adversos una problemática de salud pública, ya que las muertes producidas por estos, son comparables con la mortalidad a causa de accidentes automovilísticos o las muertes por cáncer de mama en algunos países⁴⁷.

2.3.2.2. Causas de los eventos adversos.

Los eventos adversos pueden ser prevenibles, evitables o inevitables de acuerdo a la atención a sus causas, estas pueden ser transformadas y relacionadas o no con un error cuando sus causas no son conocidas. Se muestran en distintas situaciones desde la posibilidad de fallas en la estructura o fallas en el proceso que contienen: “el proceso mismo de la atención médica, factores inherentes al paciente, la cultura de la organización y la competencia profesional”⁴⁷.

Se enuncian a continuación:

Fallas en la estructura y deficiencias en el entorno: factores ambientales, diseño arquitectónico inadecuado, diseño de servicios inseguros, equipo insuficiente, fallas en el equipo, mantenimiento insuficiente, personal insuficiente, deficiente capacitación del personal, medicamentos insuficientes o de mala calidad⁴⁸.

Fallas en el proceso y cultura de la organización: diseño organizacional inadecuado, deficiencias en los sistemas, procesos no estandarizados, carencia de sistemas de alarma, deficiencias en la coordinación del personal, deficiencias en la comunicación entre el personal, deficiente comunicación con la familia, deficiente comunicación con el paciente, falta de supervisión, vigilancia no

profesional o insuficiente, presencia de personal extraño, proceso de la atención médica, identificación deficiente del paciente, relación médico-paciente deficiente, registros deficientes en el expediente clínico, disponibilidad de información insuficiente, riesgos del procedimiento, medidas de seguridad insuficientes, protección insuficiente en traslados⁴⁸.

Competencia profesional insuficiente: carencia de guías clínicas, razonamiento clínico inadecuado, criterios clínicos incorrectos, desatender a la medicina basada en evidencias, conocimientos médicos no actualizados, falta de experiencia, fatiga, prisa, exceso de confianza, falta de conciencia de los riesgos, falta de aceptación de las limitaciones propias⁴⁸.

Factores inherentes al paciente: falta de información, desconocimiento de sus problemas, participación insuficiente del paciente y la familia, intolerancia a medicamentos o material de curación, alergia no conocida a medicamentos, idiosincrasia a medicamentos, negativa a colaborar en su atención⁴⁸.

CAPÍTULO II

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO.

El Trabajo de campo se realizó en el Hospital II EsSalud, Red Asistencial Huánuco; está ubicada en el Distrito de Amarilis, delimitado, por el Oeste con la ciudad de Huánuco; por el Sur con el Distrito de Pillco Marca; por el Este con el Río Huallaga y por el Norte con la Moras.

Su población son personas que gozan de un seguro de salud, con trabajo estable dentro y fuera del Departamento, siendo una población beneficiaria de 42318 habitantes según el servicio de estadística de la Red Asistencial Huánuco del año 2004.

Dicho Hospital brinda atención ambulatoria en las siguientes especialidades: Medicina Interna, Medicina Física, Medicina General, Pediatría, Cirugía, Ginecología, Traumatología, Urología, Cardiología, Gastroenterología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Odontología, Psiquiatría, Neurología, Salud mental, Salud Oral, Medicina Física y Rehabilitación, Epidemiología, Psicología, Nutrición y Dietético, Módulo del Adulto Mayor: hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma bronquial, osteoartrosis, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, control de tuberculosis, chequeo médico de 30 a 60 años; Módulo de atención integral del Niño y Adolescente: crecimiento y desarrollo, insuficiencia respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda, programa ampliado de

inmunizaciones, asma; Módulo de la Mujer Gestante: planificación familiar, control pre-natal, infecciones de transmisión sexual. Además, brinda atención en el servicio de Hospitalización de las diferentes especialidades, servicio de Emergencia, en la Unidad de Vigilancia Intensiva, servicio de Centro Obstétrico, servicio de Centro Quirúrgico.

El Hospital II EsSalud; Red asistencial Huánuco cuenta con profesionales calificados, especializados en las diversas ramas de la medicina: médicos, enfermeras, obstétricas, psicólogos, nutricionista, farmacéuticos, tecnólogos médicos, técnicos asistenciales, técnicos administrativos y personal administrativo en las diferentes áreas; así mismo, personal de servicios generales: limpieza, vigilancia, jardinería, etc.

3.2. POBLACIÓN.

La población en estudio tuvo conformado por los 4377 usuarios que fueron atendidos en el Servicio de Centro quirúrgico del Hospital EsSalud II Huánuco, de la siguiente manera:

Cuadro 1. Número de usuarios atendidos según intervención quirúrgica en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital EsSalud II Huánuco, 2017		
Intervención quirúrgica	Nº	%
Cirugía mayor del alta complejidad	21	0,5
Cirugía mayor de mediana complejidad	747	17,1
Cirugía mayor de baja complejidad	2666	60,9
Cirugía menor de alto requerimiento	462	10,6
Cirugía menor de bajo requerimiento	481	10,9
Total	4377	100.0

Fuente: Oficina de estadística del Hospital EsSalud II Huánuco, 2017.

Características de la población:

Criterios de inclusión: Se incluyó en el estudio las historias clínicas de los usuarios adultos:

- Mayores de 18 años que se atienden en Centro quirúrgico.
- Que hayan sido intervenidos quirúrgica

Criterios de exclusión: Se excluyó en el estudio las historias clínicas de los usuarios adultos:

- Que estuvieron atravesando algún tipo de crisis emocional.
- Que no se pudo completar los instrumentos de recolección de datos.

3.3. MUESTRA.

Unidad de análisis.

Historia clínica de los usuarios adultos que fueron intervenidos quirúrgicamente.

Unidad de muestreo

Los mismos que la unidad de análisis

Tamaño muestral:

Paso 1: Determinación de la Muestra:

$$n = \frac{N\sigma^2 Z^2}{(N - 1)e^2 + \sigma^2 Z^2}$$

Dónde:

n : Tamaño de la Muestra.

N : Tamaño de la Población.

σ : Desviación estándar.

Z : Nivel de confianza.

e : Límite aceptable de error.

Reemplazando:

$$n = \frac{4377(0.5)^2(1.96)^2}{(4377 - 1)(0.05)^2 + (0.5)^2(1.96)^2}$$

$$n = \frac{4203.67}{11.90}$$

$$n = 353,24$$

$$n = 353$$

Paso 2: Población y Muestra por Estratos:

Intervención quirúrgica	Muestra estratificada	Porcentaje
Cirugía mayor del alta complejidad	2	0,5%
Cirugía mayor de mediana complejidad	60	17%
Cirugía mayor de baja complejidad	215	61%
Cirugía menor de alto requerimiento	37	10,5%
Cirugía menor de bajo requerimiento	39	11%
Total	353	100%

Fuente: Oficina de estadística del Hospital EsSalud II Huánuco, 2017.

Paso 3: La Tómbola:

Para elegir a la muestra estratificada, se hizo uso de la tómbola, que consiste en enumerar todos los elementos muestrales del 1...al n. Hacer unas fichas, una por cada elemento, revolverlas en una caja, e ir sacando

n fichas, según el tamaño de la muestra. Los números elegidos (al azar) conformaron la lista⁴⁹.

3.4. NIVEL Y TIPO DE ESTUDIO.

3.4.1. Nivel de investigación

El estudio fue de nivel correlacional, ya que busco explicar la relación entre las variables, no exactamente del tipo causa-efecto ya que las pruebas estadísticas empleadas sólo nos permitieron demostrar dependencia entre las variables estudiadas.

3.4.1. Tipo de Investigación

La presente investigación correspondió al siguiente tipo de estudio:

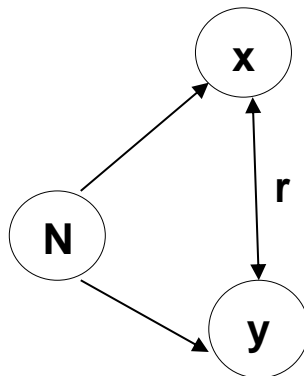
- Según la intervención del investigador el estudio fue **observacional**, porque no existió la intervención del investigador, y los datos reflejan la realidad.
- Según la planificación de la toma de datos, el estudio fue de tipo **prospectivo**; porque se registró la información según fue ocurriendo los fenómenos que se presentaron en el momento de los hechos.
- Según el número de ocasiones en que mide la variable es estudio fue **transversal**, porque las variables en estudio fueron medidas en una sola unidad de tiempo.

- Según el número de muestras a estudiar fue **analítico**, porque se aplicó un análisis bivariado, poniendo a prueba hipótesis explicativas.

3.5. DISEÑO DE ESTUDIO.

El diseño de esta investigación corresponde a un estudio correlacional, que tiene como finalidad describir y conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más variables en una muestra o contexto en particular⁴⁹.

El siguiente esquema, corresponderá a este tipo de diseño:



DONDE:

N = Tamaño de muestra de historias clínicas.

X = Prevalencia de eventos adversos.

Y = Aplicación de la seguridad quirúrgica

r = Relación de variables

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Técnicas de investigación:

Las técnicas de recolección de datos son los medios por los cuales el investigador procede a recoger información requerida de una realidad o fenómeno en función a los objetivos del estudio.

Técnicas Indirectas:

Lista de cotejo: Cuestionario estandarizado cuyo objetivo central está orientado a identificar datos sobre aspectos específicos, amplios y abiertos; para ello haremos uso de la lista de cotejo de seguimiento al reporte de eventos adversos posterior a la aplicación de medidas de seguridad del paciente.

Análisis documental. Consiste en describir un documento en sus partes esenciales para su posterior identificación y recuperación.

Instrumentos de investigación:

Se emplearon los siguientes instrumentos:

- **Lista de cotejo de seguimiento al reporte de eventos adversos posterior a la aplicación de medidas de seguridad del paciente (Anexo 1).** Este instrumento contiene un total de 7 ítems referidas a los eventos adversos que pueden presentarse en el Servicio de Centro quirúrgico.

- **Lista de verificación de la seguridad quirúrgica (Anexo 2).** Hoja de verificación, modificada de la original sacada de la OMS adaptada a las necesidades del Servicio de Cirugía del Centro Quirúrgico del Hospital EsSalud II Huánuco. Esta hoja fue cumplimentada por la enfermera circulante en base a la información aportada por el paciente, su historia y el resto del equipo multidisciplinar (cirujanos, anestesista, enfermera instrumentista,...), nos sirvió para comprobar ítems establecidos, recoger incidencias y solventar algunos de los problemas.

Evaluación de la práctica de seguridad del paciente:

15-19 puntos = Buena práctica

14 ó < = Mala práctica

- **Guía de entrevista de las características socio-demográficas (Anexo 03).** Este instrumento consta de 6 preguntas referidas a las características sociodemográficas del usuario externo.

3.6.1. Validez y confiabilidad de recolección de datos.

Los instrumentos de medición, fueron sometidos a los siguientes procedimientos de validación:

a. Validez de contenido

En primera instancia, se sometieron todos los instrumentos de investigación del presente estudio, a un juicio de expertos; con el afán de realizar la *validez de contenido* de cada uno de ellos, para así tratar

de determinar hasta dónde los ítems de nuestros instrumentos fueron representativos del dominio o universo de contenido y del alcance del constructo que deseamos medir (prevalencia de eventos adversos y aplicación de la seguridad quirúrgica). Para lo cual se procedió de la siguiente manera:

1. Se seleccionaran 06 jueces o expertos de diferentes disciplinas, los cuales contaron con las siguientes características comunes (grado de doctor, master o especialista en el tema de investigación, experiencia en investigación como un mínimo de 3 años o ser docente del área de investigación o afines, profesionales de enfermería que laboran en el servicio de centro quirúrgico de otros establecimientos con experiencia laboral mayor a 5 años, etc.). Ellos fueron: **Lic. Enf. Esp. Centro Quirúrgico María del Pilar Omonte Salazar; Lic. Enf. Esp. Centro Quirúrgico Francisca Pascual Huaranga; Lic. Enf. Esp. Centro Quirúrgico Margarita Solano de Quiñones.**

Los cuales *juzgaron cualitativamente* la “bondad” de los ítems del instrumento, en términos de la relevancia o congruencia de los reactivos con el universo de contenido, la claridad en la redacción y la no tendenciosidad o sesgo en la formulación de los ítems.

2. Cada experto recibió suficiente información escrita acerca del propósito del estudio; objetivos e hipótesis, operacionalización de las variables entre otros.
3. Cada juez recibió una ficha de validación compuesta por dos tablas de apreciación (una específica para cada instrumento y otra general); en el cual se recogió la información de cada experto. Dicho documento contuvo las siguientes apreciación del experto en cada ítem, siendo esta mutuamente excluyente (*SÍ = aprobado y NO = desaprobado*) y las observaciones y aportaciones que se tuvo en cuenta.
4. Se recogieron y analizaron los instrumentos de validación y se tomaron las decisiones siguientes: los ítems donde existieron observaciones o recomendaciones, fueron modificados, replanteados y nuevamente validados; de acuerdo a la opinión de los expertos.

b. Validez racional.

Los instrumentos de investigación que se empleó aseguraron la representatividad de todas las dimensiones de nuestras dos variables de estudio (prevalencia de eventos adversos y aplicación de la seguridad quirúrgica), ya que los constructos que deseamos medir, están muy bien definidos, según los antecedentes revisados en *la literatura para elaborar nuestros instrumentos.*

De tal manera que *los conceptos medidos en las dimensiones, no fueron provisionales ni vagos, sino que estuvieron basadas en los antecedentes de investigación y en las teorías existentes en la actualidad.*

c. Validez de consistencia interna

Para estimar la confiabilidad de los instrumentos inferenciales de nuestro estudio, se tuvo por conveniente realizar la validez de consistencia interna para la cual emplearemos el índice *KR - 20 de Kuder Richardson*, para el anexo 01 ya que contempla en su totalidad respuestas de tipo dicotómicas y el *alfa de Cronbach* para el anexo 02 ya que conlleva respuestas de tipo politómicas (escala de Likert).

Se realizaron dichas medidas en los resultados de una pequeña prueba piloto (aplicación de todos los instrumentos en nuestro contexto) en donde se identificaron también dificultades principalmente de carácter ortográfico, palabras poco entendibles, ambigüedad de las preguntas y el control del tiempo necesario para cada instrumento; esta pequeña prueba se realizó en las inmediaciones de otro establecimiento de salud, con características similares a la nuestra, tomándose como muestra a 20 usuarios externos que asistieron al Servicio de Centro quirúrgico en dicha institución. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Cuadro 03. Estimación de la confiabilidad del anexo 01, por el método de consistencia interna de Kuder Richardson.

ANEXO 01	(n = 20) KR - 20
Eventos adversos	0,98
Total	0,98

Fuente: Prueba piloto.

Con el presente resultado, se concluyó que la consistencia interna en la muestra piloto para el anexo 01 de forma general y por dimensiones (prevalencia de eventos adversos), tiene una confiabilidad de consistencia interna “muy alta”, por lo cual la consideramos confiable para nuestros propósitos investigativos.

Cuadro 04. Estimación de la confiabilidad del anexo 02, por el método de consistencia interna de Alfa de Cronbach

ANEXO 02	(n = 20) α
Antes de la inducción de la anestesia	0,724
Antes de la incisión de la piel	0,704
Antes de que el paciente abandone la sala de operaciones	0,805
Total	0,882

Fuente: Prueba piloto.

Con este resultado, se concluyó que la consistencia interna en la muestra piloto para el anexo 02 (seguridad quirúrgica), tiene una confiabilidad general de consistencia interna “muy alta”; además la mayoría de sus dimensiones resultaron una confiabilidad “alta y muy alta”; Con esas medidas de fiabilidad podemos considerar aceptable el instrumento con nuestros propósitos investigativos.

3.6.2. Validez y confiabilidad de recolección de datos.

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta los siguientes pasos:

1. Autorización

Para obtener los permisos respectivos en la aplicación del trabajo de campo, se realizó coordinaciones con las autoridades responsables del Hospital EsSalud II Huánuco, a través de la emisión de solicitudes para la autorización respectiva.

Aplicación de instrumentos.

Para la recolección de datos, se capacitó a dos encuestadores independientes con estudios profesionales. Se recabo información de las historias clínicas de los usuarios adultos del Servicio de Centro Quirúrgico.

El primer contacto fue para iniciar la selección de las historias clínicas de los usuarios adultos participantes del estudio, durante este primer contacto se aprovechó para darles a conocer los documentos respaldados por el Comité Institucional de Ética como:

Consentimiento informado: A través del cual los usuarios fueron informados por escrito de los objetivos generales de la investigación en el que fueron incluidos. Una vez leído este documento, lo firmaran así como el investigador y finalmente se les entregó una copia para que se lo lleven y el investigador contó con una para utilizarlo como documento legal si requiriera el caso **(Anexo 04)**.

Compromiso de confidencialidad y protección de datos: Con este documento, nos comprometeremos por escrito a no revelar los datos de la investigación de los que pudieron deducirse datos personales de los participantes y a emplearlos únicamente en la consecución de los objetivos planteados y que ellos lo conocieron. La ley del secreto profesional y de protección de datos considero al investigador responsable de la guarda y custodia de datos personales, especialmente de datos considerados “sensibles” y a proteger de forma especial, y de tomar las medidas pertinentes para evitar que puedan relacionarse los datos con las personas concretas **(Anexo 05)**.

3.7. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.

3.7.1. Elaboración de datos.

Se plantearon las siguientes fases:

- **Revisión de los datos:** Donde se examinó en forma crítica cada uno de los formularios que se utilizaron y control de calidad de los datos a fin de hacer las correcciones necesarias.
- **Codificación de los datos:** Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los formularios respectivos, según las variables del estudio.
- **Clasificación de los datos:** Se realizó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.
- **Presentación de datos:** Se presentó los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

3.7.2. Análisis o comprobación estadística.

- **Análisis descriptivo.** En el análisis descriptivo de cada una de las variables determinando medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y de proporciones para las variables categóricas.
- **Análisis inferencial.** Corresponde la prueba binomial, no paramétrica de Chi cuadrada de homogeneidad y, las pruebas

univariantes de razones de prevalencia. Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22.0 para Windows, y el Excel 2010.

3.8. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.

La presente investigación se establece en base a los preceptos del Código de Ética y Deontología Profesional del Colegio de Enfermeros del Perú. Por tanto, se tomó en consideración los siguientes aspectos:

El respeto a la confidencialidad de los datos, confiriéndole seguridad, así como reserva a la información obtenida acerca de los sujetos con respecto a las variables medidas en ellos. En este sentido, los datos reportados por los sujetos están exceptos de identificación personal, lo cual resalta la condición de anonimato.

Las investigadoras asumieron la responsabilidad de todos los aspectos de la investigación, por ende; fueron los responsables de responder todas las inquietudes e interrogantes que puedan presentarse. Además, las investigadoras se cercioraron de que cada uno de los participantes se encuentre libre de coacción indicando el carácter voluntario de su participación. Se remarcó el empleo de los siguientes principios:

- **Beneficencia:** esta investigación será de beneficio para las madres, para que más adelante se implementen programas de mejoras en la mejora de la atención de salud.
- **No maleficencia:** no se puso en riesgo la dignidad, ni los derechos y el bienestar de los participantes, ya que el estudio fue no observacional.
- **Autonomía:** se respetó este principio, ya que se les explicó que podían retirarse en el momento que lo desearan la participación voluntaria de la muestra.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

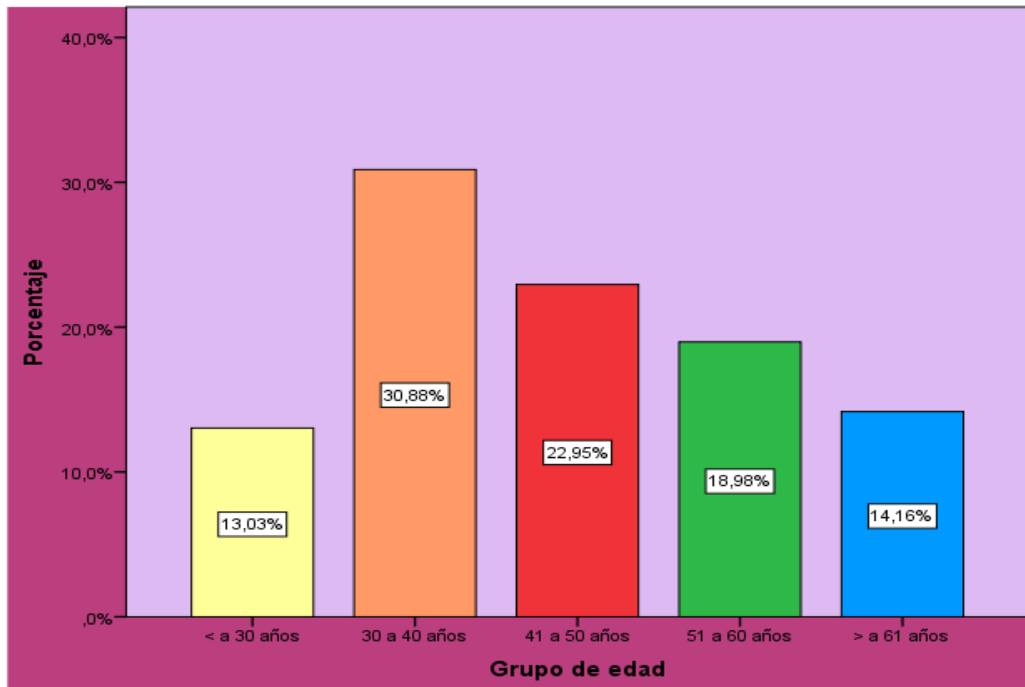
4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Tabla 01. Características demográficas de los pacientes adultos usuarios de Centro Quirúrgico – Hospital II EsSalud Huánuco -2017.

Características sociodemográficas	(n =353)	
	Nº	%
Grupos por edad		
< a 30	46	13,0
30 - 40	109	30,9
41 - 50	81	22,9
51 - 60	67	19,0
> 61	50	14,2
Sexo		
Masculino	117	33,1
Femenino	236	66,9
Estado conyugal		
Soltero/a	36	10,2
Casado/a	149	42,2
Conviviente	126	35,7
Divorciado/a	17	4,8
Viudo/a	25	7,1
Total	353	100,0

Fuente: Guía de entrevista de las características sociodemográficas y de atención (Anexo 03).

Figura 01. Representación gráfica de la edad de los adultos usuarios en estudio – Hospital II EsSalud Huánuco-2017.



En el diagrama de barras presentado, podemos apreciar que las edades mínimas y máximas se ubican entre los 20 a 93 años; la mediana es de 42 años. También se encontró una media de 45.05 años de edad con una desviación estándar de +/- 14.4 años.

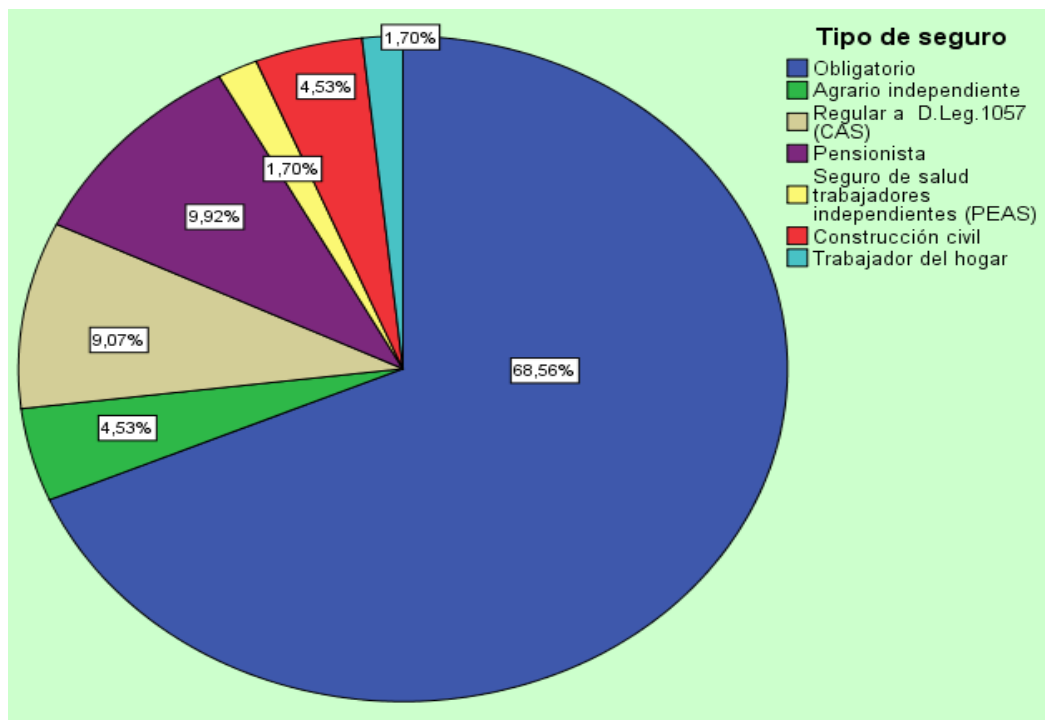
Al identificar las características sociodemográficas de los adultos usuarios en estudio, se pudo apreciar que la mayoría de ellos se encuentran entre los 30 a 40 años [30,9% (109)]. Asimismo, el 66,9% (236) son del sexo femenino y el 33,1% (117) masculino; y, por último el estado conyugal predominante fue, el de casado/a con 42,2% (149).

Tabla 02. Tipo de seguro de los adultos usuarios en estudio – Hospital II EsSalud Huánuco-2017.

Tipo de seguro	(n = 353)	
	Nº	%
Obligatorio	242	68,6
Agrario independiente	16	4,5
Regular a D.Leg.1057(CAS)	32	9,1
Pensionista	35	9,9
Seguro de salud trabajadores independientes (PEAS)	6	1,7
Construcción civil	16	4,5
Trabajador del hogar	6	1,7
Total	353	100,0

Fuente: Guía de entrevista de las características sociodemográficas y de atención (Anexo 03).

Figura 02. Representación gráfica del tipo de seguro de los adultos usuarios del Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II EsSalud Huánuco, 2017.



Respecto al tipo de seguro de los adultos usuarios del servicio de centro quirúrgico del Hospital II EsSalud Huánuco, se observó que 68,6% (242) tienen seguro obligatorio, seguido del 9,9% (35) seguro de pensionista, 9,1% (32) seguro regular a D. Leg. 1057 (CAS), 4,5% (16) seguro agrario independiente y seguro de construcción civil cada uno; y, por último 1,7% (6) poseen seguro de trabajadores independientes (PEAS) y de trabajador del hogar cada uno.

En la figura circular 02, se puede observar con respecto al tipo de seguro de los adultos usuarios en estudio, es resaltante que la mayor magnitud de ellos posee seguro obligatorio.

Tabla 03. Características de atención de los adultos usuarios del Servicio de Centro Quirúrgico – Hospital II EsSalud Huánuco-2017.

Características de atención	(n = 353)	
	Nº	%
Diagnóstico		
Displasia cervical leve	26	7,4
Prostatitis crónica	10	2,8
Estrechez uretral, no especificada	4	1,1
Hiperplasia de la próstata	13	3,7
Colecistitis crónica	41	11,6
Hernia inguinal unilateral	7	2,0
Hernia inguinal bilateral	3	0,8
Hernia umbilical	8	2,3
Pterigion	40	11,3
Enfermedad inflamatoria pélvica femenina	4	1,1
Calculo de la vesícula biliar con colecistitis	41	11,6
Apendicitis aguda	23	6,5
Aborto espontáneo incompleto sin complicación	28	7,9
Trabajo de parto y partos complicados	37	10,5
Leiomioma del útero	5	1,4
Desviación del tabique	15	4,2
Infecciones de vías urinarias	9	2,5
Cistitis aguda	6	1,7
Epistaxis	10	2,8
Otros	25	7,0
Servicio de procedencia		
Medicina interna	7	2,0
Urología	33	9,3
Cirugía general	135	38,2
Oftalmología	50	14,2
Ginecología	98	27,8
Otorrinolaringología	30	8,5
Complejidad		
Cirugía mayor de alta complejidad	2	0,6
Cirugía mayor de mediana complejidad	60	16,9
Cirugía mayor de baja complejidad	215	60,9
Cirugía menor de alto requerimiento	37	10,6
Cirugía menor de bajo requerimiento	39	11,0
Total	353	100,0

Fuente: Guía de entrevista de las características sociodemográficas y de atención (Anexo 03).

Respecto a las características de atención de los adultos usuarios del servicio de centro quirúrgico del Hospital II EsSalud Huánuco, se observó que 11,6% (41) sufrieron de colecistitis crónica y cálculo de la vesícula biliar con colecistitis, 11,3% (40) presentan pterigion, 10,5% (37) trabajo de parto y partos complicados, 7,9% (28) presentaron aborto espontáneo incompleto sin complicación, 7,4% (26) displasia cervical leve y 6,5% (23) apendicitis aguda. Con respecto al servicio de procedencia, en su mayoría 38,2% (135) fueron de cirugía general, 27,8% (98) de ginecología, 14,2% (50) de oftalmología, 8,5% (30) de otorrinolaringología y 2,0% (7) de medicina interna.

Con respecto a la complejidad de la cirugía se observó que 60,9% (215) fueron cirugía mayor de baja complejidad; 17,0% (60) cirugía mayor de mediana complejidad, 11,0% (39) cirugía menor de bajo requerimiento, 10,5% (37) cirugía menor de alto requerimiento; y por último el 0,6% (2) cirugía mayor de alta complejidad.

Tabla 04. Eventos adversos posteriores a la aplicación de las medidas de seguridad del paciente de los adultos usuarios del Servicio de Centro Quirúrgico – Hospital II EsSalud Huánuco-2017.

Eventos adversos	n=353			
	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
Mortalidad intraoperatoria	-	-	353	100,0
Mortalidad en diagnóstico de baja complejidad	-	-	353	100,0
Infección de sitio operatorio	48	13,6	305	86,4
Infección urinaria asociada a sonda vesical	24	6,8	329	93,2
Sepsis asociada a catéter central	-	-	353	100,0
Evento adverso asociado a la transfusión sanguínea	5	1,4	353	100,0

Fuente: Lista de cotejo de seguimiento al reporte de eventos adversos posterior a la aplicación de medidas de seguridad del paciente (Anexo 01).

En cuanto a los eventos adversos posteriores a la aplicación de las medidas de seguridad, más del 85,0% de los pacientes no presentaron ninguno; sin embargo, el 13,6% (48) infección de sitio operatorio, 6,8% (24) infección urinaria asociada a sonda vesical; y un pequeño porcentaje de 1,4% (5) evento adverso asociado a la transfusión sanguínea.

Tabla 05. Aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica antes de la inducción de la anestesia de los pacientes adultos usuarios del Servicio de Centro Quirúrgico – Hospital II EsSalud Huánuco-2017.

Aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica antes de la inducción de la anestesia	n=353			
	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
El paciente ha confirmado su identificación, el sitio de la cirugía, el procedimiento y su consentimiento	350	99,2	3	0,8
Se ha marcado el sitio de la cirugía	329	93,2	24	6,8
Se completó la verificación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica.	348	98,6	5	1,4
Se ha colocado el oxímetro de pulso al paciente y se encuentra funcionando	311	88,1	42	11,9
El paciente tiene alergia conocida	300	85,0	53	15,0
Dificultad en la vía aérea/riesgo de bronco-aspiración	306	86,7	47	13,3
Riesgo de sangrado > de 500 ml	275	77,9	78	22,1

Fuente: Lista de verificación de la seguridad quirúrgica (Anexo 02).

En tanto a la aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica antes de la inducción de la anestesia, se identificó que más del 75%

realizaron correctamente; sin embargo, se observa que 22,1% (78) no presento media de seguridad con respecto al riesgo de sangrado > de 500 ml, 15,0% (53) paciente tiene alergia conocida; y 13,3% (47) dificultad en la vía aérea/riesgo de bronco-aspiración.

Tabla 06. Aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica antes de la incisión de la piel de los pacientes adultos usuarios del Servicio de Centro Quirúrgico – Hospital II EsSalud Huánuco-2017.

Aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica antes de la incisión de la piel	n=353			
	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
Se confirma que todos los miembros del equipo quirúrgico se han presentado por nombre y función.	305	86,4	48	13,6
El cirujano, el anestesiólogo o la enfermera confirman verbalmente: Identidad del paciente, sitio de cirugía y procedimiento	319	90,4	34	9,6
Se ha previsto los eventos críticos	298	84,4	55	15,6
El equipo de anestesiólogos revisó la presencia de algún problema específico concerniente al paciente	287	81,3	66	18,7
El equipo de enfermería revisó la esterilidad quirúrgica o algún problema con el instrumental o equipo que se requiera.	288	81,6	65	18,4
Se administró la profilaxis con antibióticos dentro de los 60 minutos previos	269	76,2	84	23,8
Pueden visualizarse los exámenes diagnósticos esenciales	290	82,2	63	17,8

Fuente: Lista de verificación de la seguridad quirúrgica (Anexo 02).

En tanto a la aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica antes de la incisión de la piel se observa que más del 70% aplicaron las

medidas de seguridad quirúrgica; sin embargo, se identificó que un 23,8% (84) se administró la profilaxis con antibióticos dentro de los 60 minutos previos, 18,7% (66) señalan que el equipo de anestesiólogos no revisó la presencia de algún problema específico concerniente al paciente y 18,4% (65) que el equipo de enfermería no revisó la esterilidad quirúrgica o algún problema con el instrumental o equipo que se requiera.

Tabla 07. Aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica antes de que el paciente abandone sala de operaciones, Servicio de Centro Quirúrgico – Hospital II EsSalud Huánuco-2017.

Aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica antes de que el paciente abandone sala de operaciones	n=353			
	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
La (la) enfermera confirma verbalmente con el equipo quirúrgico: El nombre del procedimiento registrado.	312	88,4	41	11,6
El recuento de instrumentos, gasas y agujas está completa	295	83,6	58	16,4
El etiquetado del espécimen o muestra quirúrgica.	312	88,4	41	11,6
Si hubo algún problema que resolver relacionado con el equipo o instrumental que deba ser informado.	287	81,3	66	18,7
El cirujano, el anestesiólogo y la enfermera revisan los aspectos críticos de la recuperación y tratamiento del paciente.	307	87,0	46	13,0

Fuente: Lista de verificación de la seguridad quirúrgica (Anexo 02).

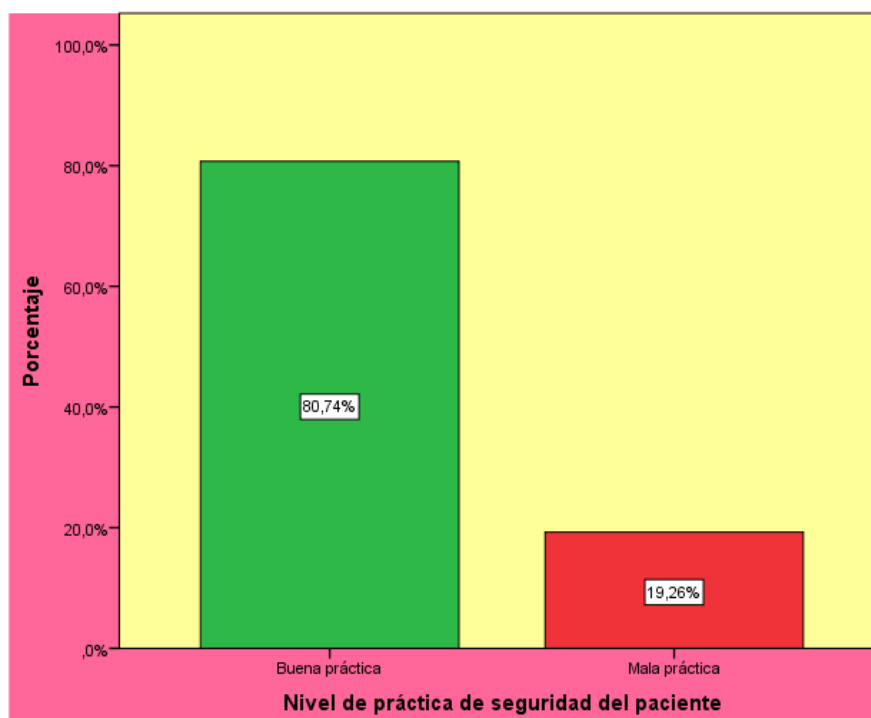
Respecto a la aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica antes de que el paciente abandone sala de operaciones, pudimos apreciar que en su mayoría respondieron que si lo realizan 80,0% es decir, más de tres cuartas partes del de los pacientes adultos en estudio si se les realizo estos cuidados y medidas de seguridad quirúrgica.

Tabla 08. Nivel de aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica del paciente adulto usuario del Servicio de Centro Quirúrgico – Hospital II EsSalud Huánuco-2017.

Nivel de aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica del paciente adulto usuario	(n = 353)	
	Nº	%
Buena medida de seguridad	285	80,7
Mala medida de seguridad	68	19,3
Total	353	100,0

Fuente: Lista de verificación de la seguridad quirúrgica (Anexo 02).

Figura 03. Frecuencia y porcentajes del nivel de aplicación de medidas de seguridad del paciente adulto usuario del Servicio de Centro Quirúrgico – Hospital II EsSalud Huánuco-2017.



El nivel de aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica del paciente adulto usuario del Servicio de Centro Quirúrgico en estudio, expresa que más de los tres cuartos 80,7% (285) tienen buena medida de seguridad, y destaca que un 19,3% (68) manifiesta una mala medida de seguridad.

4.2. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS:

Estadístico Chi cuadrado

Tabla 09. Relación entre la aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica y las reacciones adversas en los pacientes adultos en estudio – Hospital II EsSalud Huánuco, 2017.

			Nivel de práctica de seguridad del paciente		Total
			Buena práctica	Mala práctica	
Reacciones adversas	No	Recuento % dentro de Reacciones adversas	272 81,0%	64 19,0%	336 100,0%
	Si	Recuento % dentro de Reacciones adversas	13 76,5%	4 23,5%	17 100,0%
Total		Recuento % dentro de Reacciones adversas	285 80,7%	68 19,3%	353 100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

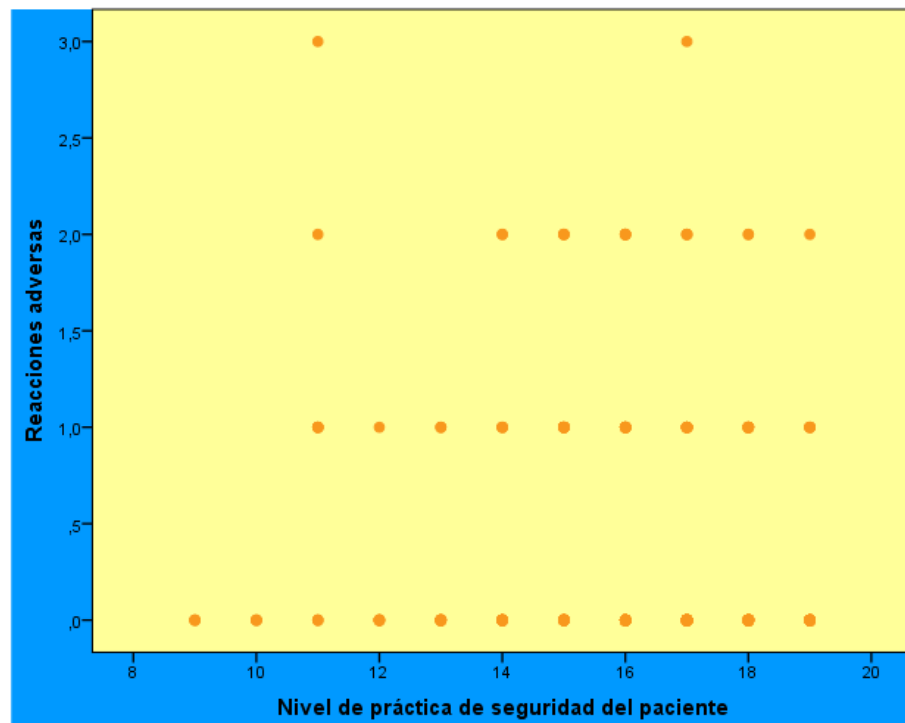
	Valor	gl	Sig. Asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,209 ^a	1	,648		
Corrección de continuidad ^b	,020	1	,887		
Razón de verosimilitud	,199	1	,656		
Prueba exacta de Fisher				,751	,421
Asociación lineal por lineal	,208	1	,648		
N de casos válidos	353				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,27.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

En el análisis mediante la prueba estadístico chi cuadrado obtuvimos un valor de (0,209), para 1 grado de libertad, con un valor p significativo a cualquier nivel ($p = 0,751$); con lo cual asumimos que no existen diferencias significativas entre la aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica y las reacciones adversas en los pacientes adultos en estudio.

Figura 04. Dispersión de puntos de la relación entre nivel de práctica de las medidas de seguridad del paciente y las reacciones adversas de los pacientes adultos en estudio – Hospital II EsSalud Huánuco, 2017.



En relación a la dispersión de los puntos entre las variables: nivel de práctica de las medidas de seguridad del paciente y las reacciones adversas de los pacientes adultos en estudio, no observamos correlación, pues se evidencia dispersión de puntos, por ende las variables son independientes.

4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Según Khon, Corrigan, Donaldson y Ebrary⁵⁰ refieren que la necesidad que tienen los sistemas de salud de trabajar para reducir un problema frecuente como la falta de seguridad en la atención médica, puede acarrear graves consecuencias a la salud física y mental de los pacientes, y que representa una carga económica importante para la sociedad.

De esta premisa deriva la preocupación de las instituciones de salud, para lograr el bienestar de los usuarios en salud para ello se debe evitar la frecuencia de los eventos adversos quirúrgicos. En base a éste término es que se enfocó nuestro estudio, que de manera específica, se orientó al Servicio de Centro quirúrgico del Hospital Nivel II EsSalud Huánuco, por ser considerado dicho servicio como un área crítica, por lo que se hace necesario conocer el impacto directo que guardan entre sí.

Respecto al análisis de la aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica antes de la inducción de la anestesia, se identificó que más del 75% realizaron correctamente; sin embargo, se observa que 22,1% (78) no presento media de seguridad con respecto al riesgo de sangrado > de 500 ml, 15,0% (53) paciente tiene alergia conocida; y 13,3% (47) dificultad en la vía aérea/riesgo de bronco-aspiración, hecho que se explica que enfermería debe proporcionar el enriquecimiento y excelencia del

cuidado, teniendo en cuenta esto y partiendo de la importancia que tiene el conocimiento, a continuación se presenta una revisión teórica sobre los principales conceptos y definiciones que existen alrededor de calidad, calidad en enfermería, evento adverso, iatrogenia y error. Puesto, la prevalencia de efectos adverso quirúrgicos representan una carga económica para el Sistema de Salud esta es incierta; sin embargo se sabe que los EA quirúrgicos se encuentran dentro de los más onerosos⁵¹.

Estudios desarrollados en los Estados Unidos señalan que el costo promedio de las complicaciones quirúrgicas oscila entre 2 292 dólares por un caso de hemorragia o hematoma, hasta 8 881 dólares por un caso de sepsis posoperativa⁵². Si bien la seguridad del paciente en México ha ido ganando terreno dentro de la agenda pública –para lo cual los datos provenientes de investigaciones han sido fundamentales y se han implementado diversas acciones en pro de ésta, los resultados aquí presentados deben desencadenar trabajos que, con más profundidad y detalle, evalúen la gravedad y repercusiones de la seguridad del paciente quirúrgico, y permitan la implementación de acciones correctivas y preventivas focalizadas.

En el segundo análisis sobre la aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica antes de la incisión de la piel se observa que más del 70% aplicaron las medidas de seguridad quirúrgica; sin embargo, se

identificó que un 23,8% (84) se administró la profilaxis con antibióticos dentro de los 60 minutos previos, 18,7% (66) señalan que el equipo de anesthesiólogos no revisó la presencia de algún problema específico concerniente al paciente y 18,4% (65) que el equipo de enfermería no revisó la esterilidad quirúrgica o algún problema con el instrumental o equipo que se requiera; este hallazgo se sustenta en el estudio de Zhan, Friedman, Mosso, Pronovost⁵², al fundamentar que se han reportado que un 27,4 a 61 % de los EA son evitables y tienen un significativo impacto en términos de prolongación de la estancia hospitalaria, discapacidad resultante, costos y mortalidad, también refiere que los factores de riesgo a los cuales se le asocian son la edad, la especialidad como cirugía general y medicina interna, los medicamentos, infecciones nosocomiales, los procedimientos en el área hospitalaria y quirúrgicas entre otros.

Del mismo modo, Félix, Vicente y De la Cruz⁵³ en su investigación, aseveran que en la pausa preoperatoria, antes de la incisión de la piel, el mayor incumplimiento se identificó en la verificación de profilaxis antibiótica en la última hora 64.1% y el cirujano corrobora pasos críticos imprevistos, duración del procedimiento y pérdida de sangre 70.5%, así como la verificación de material estéril 74.4%. Estos hallazgos, son análogos a los reportados por Secanella, Orrego, Vila, Oller y Bañeres⁵⁴, quien encontró con cumplimiento por ítem la profilaxis antibiótica en

88.3%, la previsión de dificultades en 89.8%. La media global de cumplimiento de la etapa de pausa preoperatoria fue de 77.07%.

Por otro lado, en cuanto a la evitabilidad de los sucesos, los profesionales de enfermería percibieron en su mayoría que el suceso pudo haberse evitado, reconociendo los factores presentes en cada situación. Fue notoria la percepción de ausencia de guías o adhesión a estas y la falta de apego a protocolos de atención que guíen el quehacer del profesional de enfermería, así como la escasa supervisión en la mayoría de los casos⁵⁵.

En la misma orientación, Hernández⁵⁶ alude que los fenómenos relacionados con los EA generalmente involucran situaciones complejas que trascienden lo meramente casuístico. La mayoría de los EA no se deben a negligencia del personal de enfermería sino a causas latentes en los propios sistemas. Estos determinantes generalmente son factores propios de la organización como la rutina del servicio, la cultura organizacional, el planteamiento de la gestión de la calidad y de la prevención de riesgos, así como la capacidad de sus miembros para aprender de los errores. Por tanto, la ocurrencia de evento adverso en la atención de enfermería se puede convertir en un evento adverso serio que amenaza la vida del paciente o usuario, los pacientes hospitalizados pueden verse afectados cuando no se cumplen los requerimientos técnicos y éticos.

En el tercer análisis respecto a la aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica antes de que el paciente abandone sala de operaciones, pudimos apreciar que en su mayoría respondieron que si lo realizan (80,0%) es decir, más de tres cuartas partes de los pacientes adultos en estudio si se les realizo estos cuidados y medidas de seguridad quirúrgica; resultado que expresa que el evento adverso relacionado con la seguridad del paciente es hoy en día un tema de gran relevancia. Al mismo tiempo, el panorama de la seguridad del paciente en los países en desarrollo y en los países con economías en transición es particularmente preocupante. Dan cuenta de ello el desarrollo de programas para su prevención y control así como la creación de iniciativas como la Alianza Mundial para la seguridad del Paciente⁵⁷. Asimismo, los efectos adversos pueden deberse a problemas en las prácticas de cuidado, los insumos, los equipos o los procedimientos, todos ellos elementos de un sistema cuyo impacto se refleja en la salud de las personas.

La investigación realizada asumió, en primera instancia el análisis, entre la aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica y las reacciones adversas en los pacientes adultos en estudio, donde se apreció la no existencia de diferencias significativas entre las dos variables $\chi^2 = 0,209$, $p = 0,751$; con lo cual asumimos que no existen diferencias significativas entre la aplicación de las medidas de

seguridad quirúrgica y las reacciones adversas en los pacientes adultos en estudio; según los autores Gallego, Rodríguez, Vásquez y Gil⁵⁸; la atención del paciente postoperado representa al menos en teoría una evaluación del cuidado recibido, basado en las creencias y percepciones de cada paciente. La medición de la atención del paciente, es considerado uno de los objetivos prioritarios de la práctica médica. En nuestro estudio, los pacientes más satisfechos son aquellos que solicitan analgesia y la reciben en menos de 15 minutos. Desconocemos si los pacientes postoperados están satisfechos por el manejo de su dolor, cuidados globales como la verificación de sondas, drenajes, herida operatoria, el mantenimiento óptimo de la temperatura corporal, trato humano recibido o por los resultados de su intervención, ya que, la medición de la satisfacción en el entorno sanitario ha demostrado que los pacientes son incapaces de diferenciar las diferentes dimensiones de los cuidados. La incapacidad para responder esta cuestión limita la utilidad de la medida de la satisfacción.

En todo acto quirúrgico en cualquier parte del mundo existe un cierto grado de peligrosidad o riesgo. En el presente estudio no se encontró una frecuencia de reporte de los sucesos adversos, esto lo corrobora el Ministerio de la Protección Social de Colombia sobre la falta de la cultura de reporte de eventos contraproducentes que pueden ser primordiales en la calidad de la atención y que a su vez sirven de insumo como

investigación acerca de las causas más frecuentes de los sucesos adversos. Estos elementos son de utilidad para el establecimiento de planes de acción en buenas prácticas para la seguridad del paciente⁵⁹.

Díaz⁶⁰, Solor⁶¹ y Pecci⁶² manifiestan que la lista de verificación es suficiente para prevenir los eventos adversos y que garantiza la seguridad del paciente acreditando la buena praxis de los profesionales de la salud. En la misma línea Arboleda, Auseon, Ayala, Cabezas, Calvache y Caicedo⁶³ nos muestra que la lista de verificación es eficaz y efectiva pero que no está exenta de presentar barreras y limitaciones al momento de su aplicación.

A la luz de los hallazgos, futuras investigaciones deberían abordar los aspectos que inciden en los eventos adversos quirúrgicos, ya que dicha La problemática impacta de manera negativa sobre los costos en la atención en salud. Dicho fenómeno, es lo que se ha denominado como costos de no-calidad que se definen como “Los costos incurridos derivados de las fallas cometidas⁶⁴. Esto genera además, frecuentes demandas legales contra las instituciones y las personas involucradas, motivo por el cual el profesional de salud, especialmente el personal de enfermería, debe realizar planes de contingencia para evitar que un evento adverso ocurra o que vuelva a ocurrir.

5. CONCLUSIONES

Del análisis de resultados se arribó a las siguientes conclusiones:

1. La mayoría de ellos se encuentran entre los 30 a 40 años [30,9% (109)]. Asimismo, el 66,9% (236) son del sexo femenino y el 33,1% (117) masculino; y, por último el estado conyugal predominante fue, el de casado/a con 42,2% (149). Las edades mínimas y máximas se ubican entre los 20 a 93 años; la mediana es de 42 años. También se encontró una media de 45.05 años de edad con una desviación estándar de +/- 14.4 años.
2. Se observó que 68,6% (242) tienen seguro obligatorio, seguido del 9,9% (35) seguro de pensionista, 9,1% (32) seguro regular a D. Leg. 1057 (CAS), 4,5% (16) seguro agrario independiente y seguro de construcción civil cada uno; y, por último 1,7% (6) poseen seguro de trabajadores independientes (PEAS) y de trabajador del hogar cada uno.
3. En cuanto a las características de atención de los adultos usuarios, el 11,6% (41) sufrieron de colecistitis crónica y cálculo de la vesícula biliar con colecistitis, 11,3% (40) presentan pterigion, 10,5% (37) trabajo de parto y partos complicados, 7,9% (28) presentaron aborto espontaneo incompleto sin complicación, 7,4% (26) displasia cervical leve y 6,5% (23) apendicitis aguda. Con respecto al servicio de procedencia, en su mayoría 38,2% (135) fueron de cirugía general, 27,8% (98) de ginecología, 14,2% (50) de oftalmología, 8,5% (30) de otorrinolaringología y 2,0% (7) de

medicina interna. Con respecto a la complejidad de la cirugía se observó que 60,9% (215) fueron cirugía mayor de baja complejidad; 17,0% (60) cirugía mayor de mediana complejidad, 11,0% (39) cirugía menor de bajo requerimiento, 10,5% (37) cirugía menor de alto requerimiento; y por último el 0,6% (2) cirugía mayor de alta complejidad.

4. Los eventos adversos posteriores a la aplicación de las medidas de seguridad, más del 85,0% de los pacientes no presentaron ninguno; sin embargo, el 13,6% (48) infección de sitio operatorio, 6,8% (24) infección urinaria asociada a sonda vesical; y un pequeño porcentaje de 1,4% (5) evento adverso asociado a la transfusión sanguínea.
5. La aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica antes de la inducción de la anestesia, se identificó que más del 75% realizaron correctamente; sin embargo, se observa que 22,1% (78) no presento media de seguridad con respecto al riesgo de sangrado > de 500 ml, 15,0% (53) paciente tiene alergia conocida; y 13,3% (47) dificultad en la vía aérea/riesgo de broncoaspiración.
6. La aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica antes de la incisión de la piel se observa que más del 70% aplicaron las medidas de seguridad quirúrgica; sin embargo, se identificó que un 23,8% (84) se administró la profilaxis con antibióticos dentro de los 60 minutos previos, 18,7% (66) señalan que el equipo de anesthesiólogos no revisó la presencia de algún problema específico concerniente al paciente y 18,4% (65) que el equipo

de enfermería no revisó la esterilidad quirúrgica o algún problema con el instrumental o equipo que se requiera.

7. La aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica antes de que el paciente abandone sala de operaciones, pudimos apreciar que en su mayoría respondieron que si lo realizan 80,0% es decir, más de tres cuartas partes del de los pacientes adultos en estudio si se les realizo estos cuidados y medidas de seguridad quirúrgica.
8. El nivel de aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica del paciente adulto usuario del Servicio de Centro Quirúrgico en estudio, expresa que más de los tres cuartos 80,7% (285) tienen buena medida se seguridad, y destaca que un 19,3% (68) manifiesta una mala medida de seguridad.
9. En el análisis mediante la prueba estadístico chi cuadrado obtuvimos un valor de (0,209), para 1 grado de libertad, con un valor p significativo a cualquier nivel ($p = 0,751$); con lo cual asumimos que no existen diferencias significativas entre la aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica y las reacciones adversas en los pacientes adultos en estudio.

6. RECOMENDACIONES

En virtud de estos resultados, es perentorio poner atención a las sucesivas sugerencias:

→ **A las autoridades de los establecimientos públicos de Huánuco**

- Es primordial dentro del abordaje intrahospitalario fortalecer en Enfermería el componente de asesoría y educación a Los familiares una vez egresado de sala de operaciones, teniendo en cuenta cada uno de los cuidados y cambios que demanda esta nueva etapa, frente a lo cual debemos empoderarnos y dirigir cada una de las acciones acordes y oportunas que se deben desarrollar y ser dirigidas a garantizar las condiciones óptimas de salud.
- Reforzar y afianzar una creciente cultura sobre seguridad quirúrgica en todos los profesionales sanitarios de tal manera que se logre un compromiso y convicción del cumplimiento de los protocolos para asegurar la calidad y el éxito del procedimiento quirúrgico.
- Capacitación continua y seguimiento por el comité de seguridad del paciente de cada institución sanitaria.

→ **A los profesionales de salud.**

- Conciencia quirúrgica de todo el personal que labora en servicios de alto riesgo como es centro quirúrgico, con el uso de los protocolos para determinadas áreas podremos evitar los eventos adversos.

- Concientizar, mejorar y continuar con el uso de la lista de verificación por los profesionales de salud certificando la seguridad quirúrgica, para reducir los eventos adversos de una cirugía.

→ **A los profesionales de enfermería**

- El profesional de enfermería asume el reto de participar activamente en el proceso de identificación de efectos adversos posquirúrgica.
- La enfermera se valdrá de metodologías activo participativas que faciliten una intervención conjunta para lograr el empoderamiento, en la realización de prácticas apropiadas y toma de decisiones eficaces en relación con la salud del paciente quirúrgico incluyendo una evaluación participativa.

→ **A la comunidad científica.**

- Validar en los centros de salud la propuesta de la visita domiciliaria presentada en esta investigación.
- Incentivar al Profesional de Enfermería para continuar realizando trabajos de investigación sobre otros factores que puedan relacionarse a los efectos adversos, y de esta manera realizar propuestas educativas promocionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente: La cirugía segura salva vidas. Alianza Mundial para la seguridad del paciente. 2008. En línea. [Citado: 25 de enero de 2018]. Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. La Cirugía Segura Salva Vidas. Ginebra: Suiza; 2008. [Citado: 1 de septiembre de 2018]. Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf
3. Weiser TG.; Regenbogen SE.; Thompson KD.; Lipsitz SR.; Berry WR.; Gawande AA. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. Health Policy 2008; 372 (26): 139-144. [Citado: 15 noviembre de 2016] Disponible en:
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60878-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60878-8)
4. Haynes A.; Weiser T.; Berr, W.; Lipsitz S.; Joseph S. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. The New England Journal of Medicine. 2009; 360:491-499 [Citado: 07 de enero de 2017]. Disponible en:
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa0810119>
5. De Vrieds EN.; Ramrattam MA.; Smorenburg SM.; Gouma DJ.; Boermeester MA. The incidence and nature of in hospital Adverse Events: a systematic review. Qual. Saf. Health Care 2008; 17 (3): 216-223. Disponible en: <https://qualitysafety.bmj.com/content/17/3/216>

6. Aranaz-Andrés JM.; Aibar-Remón C.; Vitaller-Murillo J.; Ruiz-López P.; Limón-Ramírez R.; Perol-García E; ENEAS work group. Incidence of adverse events related to health care in Spain: Results of the Spanish National Study of Adverse Events. *Epidemiology Community Health*. 2008; 62(12): 1022-1029. Disponible en: <https://jech.bmj.com/content/62/12/1022>
7. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud y bienestar social. Recomendaciones para la mejora de la seguridad del paciente en centros sanitarios. 2012. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/SADECA - Resultados seguridad centros sanitarios.pdf>
8. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Informe. Febrero 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
9. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid:Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
10. Kable AK.; Gibberd RW.; Spigelman AD. Adverse events in surgical patients in Australia. *Inte J Qual Health Care*. 2002; 14 (4): 269-76. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12201185>
11. Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones. Ministerio de Política Social e Igualdad.
12. Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Ministerio de Política Social e Igualdad. 2010.

13. OMS. Fifty-Fifth World Health Assembly. Res. WHA55.18. 18 May 2002.
14. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: forward programme 2006–2007. Geneva: World Health Organization, 2006. [Citado: 10 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information centre/WHO EIP HDS PSP_2006.1.pdf
15. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: forward programme. Geneva: WHO library; October 2004. En línea. [Citado: 12 Abril 2018]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
16. Cádiz Ud. Recomendaciones para la mejora de la seguridad del paciente en centros sociosanitarios Andalucía: Sociedad Andaluza de calidad asistencial; 2012.
17. Silva-Jiménez, A. Cirugía Segura, un reto cada vez más exigente. Revista Mexicana de Anestesiología 2010; 33 (1): 7-8. [Citado: 15 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2010/cma101b.pdf>
18. Torres B.; Nolasco A.; Maciá L.; Cervera A.; Seva A. Seguridad quirúrgica y cumplimentación del registro de información intraquirúrgica en España: Un análisis comparativo de dos instrumentos de registro. [Documento en Línea]. Revista electrónica Trimestral de Enfermería Global. 2016; 41(15). [Citado: 17 de enero de 2017]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/download/206611/188471>

19. Recomendaciones Consejo de Europa de 9 de junio de 2009 sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, 2009.
20. Las prácticas seguras salvan vidas (Preguntas más frecuentes). [Documento en línea]. [Citado: 12 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.safesurg.org/uploads/1/0/9/0/1090835/spanish_faq_2_1_esp_071310_aaea.pdf
21. Gutiérrez, R. Seguridad del paciente: conceptos y antecedentes. [Documento en línea]. Revista CONAMED. 2007 12 (2): 4-7. [Citado: 17 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://132.248.9.34/hevila/RevistaCONAMED/2007/vol12/no2/1.pdf>
22. Estrada C.; González L. Sucesos adversos relacionados con el acto quirúrgico en una institución de salud de tercer nivel. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(3). [Citado: 22 de enero de 2018]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000300007&lng=es&tlng=es.
23. Lopes de Figueiredo M.; D'Innocenzo M. Eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales: una revisión integradora. *Revista electrónica trimestral de enfermería* 2017; (47): 605-620. [Citado: 28 de enero de 2018]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/1695-6141-eg-16-47-00605.pdf>
24. Solor A.; Pérez L. El check list como herramienta para el desarrollo de la seguridad al paciente quirúrgico. *Rev Cuba anestesiología y reanimación* 2015; 14 (1). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182015000100006

25. Justo M.; Paredes E. Eficacia del uso de la lista de verificación checklist para disminuir los eventos adversos en pacientes sometidos a cirugía. [Trabajo académico para optar título de especialista en enfermería en centro quirúrgico]. Universidad Privada Norbert Wiener. Facultad de Ciencias de la Salud. Disponible en:

http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/656/ESPE_CIALIDAD%20-%20%20JUSTO%20DELZO%20MARISOL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

26. Colan C.; Herrera A.; Suire M. Nivel de cumplimiento en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la unidad de centro quirúrgico de dos hospitales del Ministerio de Salud. Departamento Junín. Mayo 2016 – Junio 2017. [Trabajo académico para optar el título de especialista en enfermería en centro quirúrgico especializado]. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Enfermería. Lima, 2017. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/990/Nivel_ColanPineda_Cielo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

27. Caparachin E.; Henostroza R. Eventos adversos durante el traslado del paciente postoperado inmediato en sala de operaciones en la Clínica Stella Maris Lima, Perú, 2016. [Proyecto para optar título de enfermera especialista en centro quirúrgico] Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de enfermería. Disponible en:

<http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/651/Eventos%20adversos%20durante%20el%20traslado%20del%20paciente%20postoperado%20inmediato%20en%20sala%20de%20operaciones%20en%20la%20>

[CI%C3%ADnica%20Stella%20Maris%20Lima%2C%20Per%C3%BA%2C%202016.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

28. Amaro M. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. Rev Cubana Enfermer 2004; 20 (3). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009
29. Hoyos, L. Teoría del entorno de Nightingale. 2013. [Citado: 9 marzo 2018].
Disponible en:
<https://www.plagscan.com/highlight?doc=116167041&source=40>
30. OMS. The principles of quality assurance. Report on a WHO meeting. EURO reports and studies. Copenhagen; 1985.
31. Moreno J. Seguridad del paciente en el área quirúrgica: aspectos jurídicos positivos de la implantación del checklist o lista de verificación quirúrgica. 2013 [Citado: 8 enero 2017] Disponible en:
<https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/3537/Seguridad%20del%20paciente%20en%20el%20area%20quirurgica.pdf?sequence=1&isAl>
32. Ministerio de Salud. Guía Técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía. [Internet]. [Citado: 22 de Octubre de 2017] Lima: Perú. Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/seg_pac/GuiaTecnImplementacion.pdf
33. Norbona C.; Delgado S.; Norbona F. Listado verificación seguridad quirúrgica (check list): Una necesidad aún no conocida por la enfermería.

España; 2010. [Citado: 09 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.index-f.com/edocente/95pdf/95-009.pdf>

34. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía. 2009 [Citado: 12 febrero 2018]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/cirurgiasegura>
35. Organización Mundial de la Salud (OMS). Segundo reto mundial por la seguridad del paciente: La cirugía segura salva vidas [Internet]. Ginebra: OMS; 2008. [Citado: 18 febrero de 2018] Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf
36. Organización Mundial de la Salud. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009. La cirugía segura salva vidas. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa.pdf;jsessionid=77E6564D3B522FAA6DBF52DC835B42DE?sequence=1
37. Arenas H, Hernández JF, Carvajal JA, Jiménez J, Baltazar I, Flores M. Resultados de la aplicación de la lista de verificación quirúrgica en 60 pacientes. Cirujano general 2011; 33 (3): 156-162. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cg113d.pdf>
38. Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación. Ginebra: Suiza; 2013.
39. Brennan TA.; Leape LL.; Laird N.; Hebert L.; Locadio AR. et al. Incidence of adverse effects and negligence in hospitalized patients: results of the

Harvard Medical Practice Study I. New England: The New England Journal of Medicine 1991; 324: 370-376. Disponible en:

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240604>

40. Ministerio de Salud. Normas sobre seguridad del paciente y calidad de la atención respecto de: Reporte de eventos adversos y centinela. Chile; 2012. Disponible en: <http://www.gecasep.cl/wp-content/uploads/NORMA-GENERAL-VIGILANCIA-EA.pdf>
41. Rizo J. Eventos adversos, una metodología de estudio. Los “Global Trigger Tool”. Boletín CONAMED-OPS- 2015; 16-19. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/numero_completo.pdf
42. Schimpff SC. Improving operating room and perioperative safety: background and specific recommendations. Surg Innov. 2007;14:127-13.
43. Association of periOperative Registered Nurses. AORN position statement. Statement on patient safety. 2003. [Citado: 13 ago. 2017]. Disponible en: http://aorn.org/PracticeResources/AORNPositionStatements/Position_PatientSafety/
44. Uni.net. [Internet] .España: Uninet; 2012. [Citado: 11 ago. 2017]. Disponible en: <http://www.samiuc.es/index.php/libros-en-la-web.html>
45. Luengas S. Conceptos y análisis de los eventos adversos. Revista del Centro de Gestión Hospitalaria 2009; (8).
46. Fernández S. Los eventos adversos y la seguridad del paciente. Boletín CONAMED-OPS- 2015: 3-9. [Citado: 8 jun. 2017]. Disponible en:

http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/numero_completo.pdf

47. González M. Respuesta institucional a eventos críticos en el Boston Medical Center. Hospitalaria, 2008; 58 (9): 4-10.
48. Aguirre H. El error médico. Eventos adversos. Medigraphic. 2006: 497-501.
49. Hernández R.; Fernández C.; Baptista P. Metodología de la investigación. Editorial Mc Graw Hill, 5ta edición. 2014. Disponible en: http://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigacion%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
50. Kohn LT.; Corrigan J.; Donaldson MS.; Ebrary Inc. To err is human: Building a safer health system. Washington: National Academy Press, 2000.
51. Smits M.; Zegers M.; Groenewegen PP.; Timmermans DR.; Zwaan L.; Van der Wal G.; et al. Exploring the causes of adverse events in hospitals and potential prevention strategies. Qual Saf Health Care 2010; 19:1-7.
52. Zhan C.; Friedman B.; Mosso A.; Pronovost P. Medicare payment for selected adverse events: Building the business case for investing in patient safety. Health Aff (Millwood) 2006; 25:1386-1393.
53. Félix M.; Vicente M.; De la Cruz C. Conocimiento e Implementación de la seguridad del paciente quirúrgico en una institución pediátrica del sureste de México. Horizonte sanitario 2016; 15 (3):164-171. Disponible en: <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte>

54. Secanella M.; Orrego C.; Vila M.; Oller A.; Vallaverdu H.; Mora N.; Oller A.; Bañeres J. Implementación de un listado de verificación de prácticas seguras en cirugía: experiencia de la fase inicial de la puesta en marcha de un proyecto colaborativo en hospitales de Catalunya. *Medicina clínica* 2016; 143 (1):17-24. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775314005521>
55. Zárate-Grajales R.; Olvera-Arreola S.; Hernández-Cantoral A.; Hernández Corral, S.; Sánchez-Angeles, S.; Valdez Labastida, R.; Pérez-López, M.; Zapién-Vázquez, MA. Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos. [Proyecto multicéntrico]. Disponible en:
https://ac.els-cdn.com/S1665706316000233/1-s2.0-S1665706316000233-main.pdf?_tid=83f0c446-b136-11e7-8b6a-00000aab0f02&acdnat=1508023516_682a8cedc83f579a744db472ca7cedaf
56. Hernández, A.; Mendoza E.; Cabrera F.; Ortega C. Eventos adversos en el cuidado de enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2006; 14 (2):70-74. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2006/en062g.pdf>
57. Benavides L. Revisión de estrategias efectivas para la seguridad de la atención del paciente [Documento en línea]. Unidad de evaluación de tecnologías sanitarias subsecretaría de redes asistenciales. Ministerio de Salud de Chile; 2008. Disponible en:
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/71a8aa81f28d41ece04001011f010aa1.pdf>

58. Gallego J.; Rodríguez M.; Vásquez J.; Gil M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. Rev Soc Esp Dolor 2004; 11 (4):197-202. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000400003
59. Ministerio de la Protección Social. Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. Guía Técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". República de Colombia: Ministerio de la Protección Social; 2010.
60. Díaz A.; Aldana M.; Ávila L.; Vuelvas A. Lista de chequeo quirúrgico y su asociación con la presencia o ausencia de complicaciones y eventos adversos quirúrgicos Cartagena, Colombia 2010. Ciencia y Salud virtual 2011; 3 (1): 57-70. Disponible en: <http://revistas.curn.edu.co/index.php/cienciaysalud/article/view/46/41>
61. Solor A.; Pérez L. El check list como herramienta para el desarrollo de la seguridad al paciente quirúrgico. Rev Cuba anestesiología y reanimación 2015; 14 (1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182015000100006
62. Pecci E. Checklist quirúrgico: una herramienta para la Seguridad del paciente. Revista Enfermería CyL 2013; 5(2): 30-42. [Citado el 18 de abril 2018]. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/104/84>

63. Arboleda R.; Auseñon F.; Ayala A.; Cabezas D.; Calvache G.; Caicedo P.; calvache J. Barreras y limitaciones en la implementación de la lista de verificación de la seguridad quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud. Revista Facultad Ciencias de la Salud. Universidad del Cauca. 2014; 16 (1). [Citado: 14 de marzo 2018]. Disponible en: <http://facultadsalud.unicauca.edu.co/revista/ojs2/index.php/rfcs/article/view/36>
64. Cardona S.; Vásquez M.; Bedoya J. Comparación entre los costos de no calidad y los costos de calidad de los eventos adversos en la atención en el servicio de urgencias de la E.S.E Hospital Marco Fidel Suarez de Bello-Antioquia. [Monografía para optar título de especialista en gerencia de instituciones prestadoras de servicios de salud]. Universidad CES. Facultad de Medicina. Postgrado en gerencia de IPS. Medellín-Antioquia, 2009. Disponible en: [http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/829/1/Comparacion_costos_calidad\(1\).pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/829/1/Comparacion_costos_calidad(1).pdf)

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL
“HERMILIO VALDIZÁN”
FACULTAD DE ENFERMERÍA



ANEXO 01
LISTA DE COTEJO DE SEGUIMIENTO AL REPORTE DE EVENTOS
ADVERSOS POSTERIOR A LA APLICACIÓN DE MEDIDAS DE
SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Título de investigación: Aplicación de la seguridad quirúrgica y prevalencia de eventos adversos en pacientes adultos usuarios de centro quirúrgico del Hospital II EsSalud Huánuco, 2017.

Instrucciones. Sírvese a rellenar la siguiente lista de cotejo que permitirá tener un seguimiento de eventos adversos posterior a la aplicación de seguridad del paciente; para ello se le solicita que marque la respuesta según corresponda en forma veraz. La exactitud de las respuestas será de inestimable valor.

Gracias por su colaboración

N°	EVENTOS ADVERSOS	Sí	No	Observaciones
1	Mortalidad intraoperatoria			
2	Mortalidad en diagnóstico de baja complejidad			
3	Hemorragia postquirúrgica			
4	Infección de sitio operatorio			
5	Infección urinaria asociada a sonda vesical			
6	Sepsis asociada a catéter central			
7	Evento adverso asociado a la transfusión sanguínea			



UNIVERSIDAD NACIONAL
“HERMILIO VALDIZÁN”
FACULTAD DE ENFERMERÍA



ANEXO 02
LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD QUIRÚRGICA

Título de investigación: Aplicación de la seguridad quirúrgica y prevalencia de eventos adversos en pacientes adultos usuarios de centro quirúrgico del Hospital II EsSalud Huánuco, 2017.

Instrucciones. Estimado/a señor/a, señorita, le pedimos por favor se sirva rellenar la presente lista de verificación, que permitirá conocer la seguridad quirúrgica que se tiene en el Servicio de Centro Quirúrgico; para ello se le solicita marcar los recuadros correspondientes. La información será personal y completamente confidencial. La exactitud de las respuestas será de inestimable valor.

Gracias por su colaboración.

Antes de la inducción de la anestesia	Antes de la incisión de la piel	Antes de que el paciente abandone la sala de operaciones
Al ingreso	Preoperatorio	Al egreso
<input type="checkbox"/> Se ha confirmado: - Su identificación - El sitio de la cirugía - El procedimiento - Su consentimiento <input type="checkbox"/> Sitio de cirugía - Se ha marcado el sitio de la cirugía <input type="checkbox"/> Se completó la verificación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica. <input type="checkbox"/> Se ha colocado el oxímetro de pulso al	<input type="checkbox"/> Se confirmó que todos los miembros del equipo quirúrgico se han presentado por nombre y función. <input type="checkbox"/> Los cirujanos, el anestesiólogo o la enfermera confirmaron verbalmente: - Identidad del paciente - Sitio de cirugía - Procedimiento Se ha previsto los eventos críticos: <input type="checkbox"/> El cirujano revisó ¿Cuáles son los eventos	La enfermera confirmó verbalmente con el equipo quirúrgico: <input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento registrado. <input type="checkbox"/> El recuento de instrumentos, gasas y agujas está completa (o no aplicable)

<p>paciente y se encuentra funcionando</p> <p>Tiene el paciente: Alergia conocida</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si - No <p>Tiene el paciente: Dificultad en la vía aérea/riesgo de bronco-aspiración</p> <ul style="list-style-type: none"> - No - Si, y el equipo y la asistencia están disponibles. <p>Tiene el paciente: Riesgo de sangrado > de 500 ml.</p> <ul style="list-style-type: none"> - No - Si, y se tiene el acceso intravenoso adecuado y fluidos planeados disponibles. 	<p>críticos, inesperados o no sistematizados?,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Duración de la cirugía, - Cantidad de pérdida de sangre prevista <p><input type="checkbox"/> El equipo de anestesiólogos revisó</p> <p>¿La presencia de algún problema específico concerniente al paciente?</p> <p><input type="checkbox"/> El equipo de enfermería revisó:</p> <p>¿La esterilidad quirúrgica (incluyendo los indicadores de resultados)?</p> <p>¿Algún problema con el instrumental o equipo que se requiera?</p> <p>¿Se administró la profilaxis con antibióticos dentro de los 60 minutos previos?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si - No - No aplica <p>¿Pueden visualizarse los exámenes diagnósticos esenciales?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si - No - No aplica 	<p><input type="checkbox"/> El etiquetado del espécimen o muestra quirúrgica (lee la etiqueta en voz alta, incluyendo el nombre del paciente).</p> <p><input type="checkbox"/> Si hubo algún problema que resolver relacionado con el equipo o instrumental que deba ser informado.</p> <p><input type="checkbox"/> El cirujano, el anestesiólogo y la enfermera revisan los aspectos críticos de la recuperación y tratamiento del paciente.</p>
--	---	---



UNIVERSIDAD NACIONAL
"HERMILIO VALDIZÁN"
FACULTAD DE ENFERMERÍA



ANEXO 03
GUÍA DE ENTREVISTA DE LAS CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE ATENCIÓN

Título de investigación: Aplicación de la seguridad quirúrgica y prevalencia de eventos adversos en pacientes adultos usuarios de centro quirúrgico del Hospital II EsSalud Huánuco, 2017.

Instrucciones. Estimada, Sr. Sra., Srta., en esta oportunidad le presentamos una serie de preguntas relacionadas a las características sociodemográficas y de atención, por lo cual le pido por favor sírvase responder marcando con una equis (x), en el casillero correspondiente. Esta entrevista es totalmente confidencial y anónima.

Gracias por su participación.

A. Características sociodemográficas.

1. Edad: _____

2. ¿A qué género pertenece?

Masculino ()

Femenino ()

3. ¿Cuál es su estado conyugal?

Soltero/a ()

Casado/a ()

Viudo/a ()

Divorciado/a ()

Conviviente ()

B. Características de atención.

1. Diagnóstico

2. Servicio de procedencia.

Medicina interna ()

Urología ()

Cirugía general ()

Oftalmología ()

Ortopedia y traumatología ()

Ginecología ()

Otro (Especificar) _____

3.Complejidad

Cirugía mayor de alta complejidad ()

Cirugía mayor de mediana complejidad ()

Cirugía mayor de baja complejidad ()

Cirugía menor de alto requerimiento ()

Cirugía menor de bajo requerimiento ()



UNIVERSIDAD NACIONAL
“HERMILIO VALDIZÁN”
FACULTAD DE ENFERMERÍA



ANEXO 04
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio. Aplicación de medidas de seguridad quirúrgica y prevalencia de eventos adversos en pacientes adultos usuarios de centro quirúrgico del Hospital II EsSalud Huánuco, 2017.

Objetivo. Determinar la relación entre la aplicación de las medidas de seguridad quirúrgica con la prevalencia de eventos adversos en pacientes adultos usuarios del centro quirúrgico del Hospital II EsSalud Huánuco, 2017.

Metodología. Consistirá en un estudio de nivel correlacional.

Seguridad. El estudio no pondrá en riesgo la salud laboral, física ni psicológica de usted ni la de su familia.

Participantes en el estudio. Usuarios externos adultos del servicio de Centro quirúrgico del Hospital II EsSalud de Huánuco.

Compromiso. Se le pedirá su consentimiento informado para poder aplicarle los instrumentos de recolección de datos (guía de entrevista y escalas). Para tal efecto es posible contar con su aprobación refrendándolo con su firma y la de un testigo de ser el caso. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte del investigador ni de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, a los investigadores responsables.

Tiempo de participación en el estudio. Sólo tomaremos un tiempo aproximado de 25 a 30 minutos.

Beneficio por participar en el estudio. El beneficio que usted obtendrá por participar en el estudio, es el de recibir información por escrita, oportuna y actualizada sobre seguridad quirúrgica competitiva en el marco de la administración estratégica moderna.

Confidencialidad. La información recabada se mantendrá confidencialmente en los archivos de la universidad de procedencia quien patrocina el estudio. No se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

Derechos como participante. La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.

Le notificaremos sobre cualquier nueva información que pueda afectar su salud, bienestar o interés por continuar en el estudio.

Responsables del estudio.

Comuníquese con:

Lic. Enf. Medina Castañeda, Patricia
Lic. Enf. Sotelo Durand, Estela Nanci
Lic. Enf. Avila Acero Vanessa

Celular (movistar) 962527661
Celular (movistar) 979211500

Yo, _____, acepto participar en el estudio, habiendo leído la información proporcionada y teniendo la oportunidad de preguntar mis dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente; consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de suspender en cualquier momento la entrevista sin que me afecte de ninguna manera.

Firma del participante: _____
DNI.: _____.



Huella digital

Investigador 1.
Firma _____
DNI.: _____.

Investigador 2.
Firma _____
DNI.: _____.

Investigador 3.
Firma _____
DNI.: _____.



UNIVERSIDAD NACIONAL
“HERMILIO VALDIZÁN”
FACULTAD DE ENFERMERÍA



ANEXO 05
COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS

Los datos que se obtengan a lo largo del presente estudio son totalmente confidenciales, de modo que sólo se emplearán para cumplir los objetivos antes descritos. Con el fin de garantizar la fiabilidad de los datos recogidos en este estudio, será preciso que los responsables de la investigación y, eventualmente, las autoridades del Hospital tengan acceso a los instrumentos que se va aplicar comprometiéndose a la más estricta confidencialidad.

En concordancia con los principios de seguridad y confidencialidad, los datos personales que se le requieren (aspectos sociodemográficos y aspectos laborales) son los necesarios para cubrir los objetivos del estudio. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre y su identidad no será revelada a persona alguna salvo para cumplir los fines del estudio. Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificable será conservada y procesada por medios informáticos en condiciones de seguridad, con el objetivo de determinar los resultados del estudio. El acceso a dicha información quedará restringido al personal designado al efecto o a otro personal autorizado que estará obligado a mantener la confidencialidad de la información. Los resultados del estudio podrán ser comunicados a las autoridades sanitarias y, eventualmente, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones.

De acuerdo con las normas del hospital, usted tiene derecho al acceso a sus datos personales; asimismo, si está justificado, tiene derecho a su rectificación y cancelación.

Lic. Enf. Medina Castañeda, Patricia
Responsable de la investigación.

Lic. Enf. Sotelo Durand, Estela Nanci
Responsable de la investigación

Lic. Enf. Ávila Acero Vanessa
Responsable de la investigación.