

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DEL EQUIPO DE SALUD PARA MEJORAR LA  
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN UNA  
INSTITUCIÓN DE SALUD. MONTERÍA, 2022.**

**CUADRADO PEÑA ELKIN JESÚS  
HOYOS LÁZARO YULIETH ANDREA  
PALOMINO RUÍZ JHOSEP ESTEBAN**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
MONTERÍA  
2022**

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DEL EQUIPO DE SALUD PARA MEJORAR LA  
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN UNA  
INSTITUCIÓN DE SALUD. MONTERÍA 2022**

**CUADRADO PEÑA ELKIN JESÚS  
HOYOS LÁZARO YULIETH ANDREA  
PALOMINO RUÍZ JHOSEP ESTEBAN**

**Trabajo presentado como requisito de grado para obtener el título de  
Enfermero**

**Directora**

**Claudia Patricia Ramos Lafont**

**Magister en Enfermería**

**Codirectora**

**Eugenia Del Pilar Herrera Guerra**

**Doctora y Magister en enfermería**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
MONTERÍA**

**2022**

**NOTA DE ACEPTACIÓN**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Montería, diciembre 1 del 2022

## DEDICATORIA

La presente tesis está dedica a Dios quien es el artífice principal, a nuestros padres, familiares y amigos, que estuvieron siempre dándonos su apoyo para que nuestros sueños se hicieran realidad, brindando amor y la motivación en todos los momentos difíciles en los cuales nos quisimos rendir y dejar nuestros sueños por los cuales hemos luchado y sobrepasado miles de sacrificios.

También para todos aquellos jóvenes que al igual que nosotros tienen metas establecidas, no se rindan, sigan adelante con esfuerzo y dedicación hasta lograrlo.

Cuadrado Peña Elkin Jesús

Hoyos Lázaro Yulieth Andrea

Palomino Ruíz Jhosep Esteban

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores expresan sus agradecimientos

A la Universidad de Córdoba y al Programa de Enfermería, por recibirnos con mucho amor desde el primer día que ingresamos a la universidad por formar a los profesionales que somos hoy día.

A la institución de salud escenario del estudio, por permitirnos realizar la investigación.

A todo el personal del equipo de salud del servicio de cirugía, por su disposición, amabilidad y colaboración en el suministro de la información

A las docentes Eugenia Herrera Guerra y Claudia Ramos Lanfot, por apoyarnos en cada fase de la investigación.

## CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN.....	15
1. OBJETIVOS.....	188
1.1 OBJETIVO GENERAL .....	188
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	188
2. MARCO REFERENCIAL .....	119
2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	19
2.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	21
2.3 MARCO TEÓRICO.....	29
2.3.1 Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente.....	29
2.3.2 Política de seguridad del paciente.....	30
2.3.3 Guías de buenas prácticas de seguridad del paciente.....	31
2.3.4 Protocolo de londres.....	32
2.4 MARCO CONCEPTUAL.....	33
2.4.1 Seguridad del paciente.....	33
2.4.2 Cirugía.....	33
2.4.3 Procedimientos quirúrgicos.....	34
2.4.4 Evento adversos .....	34
2.4.5 Tercer nivel de atención.....	34
2.4.6 Fallas latentes.....	34
2.4.7 Incidente.....	34
2.5 MARCO LEGAL.....	34

3. DISEÑO METODOLÓGICO.....	37
3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	37
3.2 ESCENARIO DE ESTUDIO.....	37
3.3 POBLACIÓN.....	38
3.4 MUESTRA.....	38
3.4.1 Cálculo de la muestra.....	38
3.4.2 Tipo de muestreo.....	39
3.4.3 Unidad de análisis.....	39
3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	39
3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	39
3.7 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	40
3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	40
3.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	41
3.9.1 Principios éticos.....	41
3.9.2 Tipo de riesgo.....	41
3.9.3 Consentimiento informado.....	41
4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	42
4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL EQUIPO DE SALUD DEL SERVICIO DE CIRUGÍA SUJETO DE ESTUDIO.....	42
4.2 FACTORES CONTRIBUTIVOS QUE FAVORECEN LA APARICIÓN DE LAS ACCIONES INSEGURAS O FALLES LATENTES RELACIONADAS CON LA CULTURA Y PROCESOS ORGANIZACIONALES.....	43
4.3 ESTRATEGIAS ESTABLECIDAS POR LA INSTITUCIÓN PARA FORTALECER LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA.....	51
5. CONCLUSIONES.....	55

6. RECOMENDACIONES.....	56
BIBLIOGRAFÍA.....	58
ANEXOS.....	62

## LISTA DE ANEXOS

	<b>pág.</b>
Anexo A. Matriz de resumen de resumen de antecedentes investigativos. ....	63
Anexo B. Cuestionario de características sociodemográficas a trabajadores.....	75
Anexo C. Instrumento para evaluar los conocimientos y prácticas para mejorar la seguridad del paciente en los procedimientos quirúrgicos .....	76
Anexo D. Aval institucional .....	77
Anexo E. Consentimiento informado .....	78

## LISTA DE TABLAS

	<b>pág.</b>
Tabla 1. Características sociodemográficas del equipo de salud del servicio de cirugía sujeto de estudio .....	42
Tabla 2. Características laborales del equipo de salud del servicio de cirugía sujeto de estudio .....	44
Tabla 3. Evaluación de conocimientos y prácticas para mejorar la seguridad del paciente en los procedimientos quirúrgicos.....	45
Tabla 4. Análisis y reporte de eventos adversos en el servicio de cirugía.....	47
Tabla 5. Acciones seguras para garantizar la seguridad del paciente .....	49
Tabla 6. Estrategias establecidas por la institución para fortalecer la seguridad del paciente en el servicio de cirugía.....	51

## LISTA DE GRÁFICAS

	<b>pág.</b>
Gráfica 1. Evaluación de conocimientos y prácticas del equipo de salud del servicio de cirugía.....	46
Gráfica 2. Análisis de eventos adversos en el servicio de cirugía.....	48
Gráfico 3. Reporte de eventos adversos en el servicio de cirugía.....	48
Gráfico 4. Acciones seguras para garantizar la seguridad del paciente.....	50

## RESUMEN

**Objetivo.** Describir las buenas prácticas que realiza el equipo de salud para mejorar la seguridad del paciente en los procedimientos quirúrgicos en una institución de salud.

**Metodología.** Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo transversal, en una Institución de salud de tercer nivel, el cual está enfocado en el servicio de cirugía. La recolección de la información se obtuvo por medio de la observación del servicio, y a través de un cuestionario desarrollado por los investigadores, el cual se aplicó a 56 personas que hacen parte del equipo de salud, se implementó un muestreo no probabilístico, intencional o por conveniencia, la selección se realizó teniendo en cuenta el personal presente durante los turnos diurnos permitidos por la institución para realizar la recolección de la información.

**Resultados.** La población se caracterizó por ser adulta, con mayor proporción de género femenino, la mayor parte de los especialistas trabaja en otra institución. Se evidencia que el 96% de los trabajadores conocen la existencia del protocolo para cirugía segura de la institución. Sin embargo, el 28% no conoce estos protocolos, además, el estudio encontró que el 29% de los encuestados consideró que solo se debe socializar los eventos adversos que causen daños irreparables al paciente.

**Conclusiones.** Los factores contributivos relacionados con las características laborales del personal que favorecen a la aparición de acciones inseguras o fallas latentes, tienen que ver con que la mayoría de los especialistas trabajan en otras instituciones, además de ser esta población la que duerme menos horas al día. Igualmente, el poco conocimiento y falta de adherencia por parte del equipo de salud de los protocolos para el reporte y la socialización de los eventos adversos establecidos por la institución.

**Palabras clave:** seguridad del paciente, cirugía, procedimientos quirúrgicos, evento adverso, tercer nivel de atención.

## ABSTRACT

**Objective.** To describe the good practices performed by the health care team to improve patient safety in surgical procedures in a health care institution.

**Methodology.** A cross-sectional descriptive quantitative study was carried out in a third level health institution, focused on the surgery service. The collection of information was obtained through observation of the service, and through a questionnaire developed by the researchers, which was applied to 56 people who are part of the health team, a non-probabilistic sampling was implemented, intentional or by convenience, the selection was made taking into account the personnel present during the day shifts allowed by the institution to collect the information.

**Results.** The population was characterized by being adult, with a higher proportion of female gender, most of the specialists work in another institution. It is evident that 96% of the workers are aware of the existence of the institution's protocol for safe surgery. However, 28% were not aware of these protocols. In addition, the study found that 29% of those surveyed considered that only adverse events that cause irreparable harm to the patient should be socialized.

**Conclusions.** Contributing factors related to the work characteristics of the personnel that favor the appearance of unsafe actions or latent failures have to do with the fact that most of the specialists work in other institutions, in addition to the fact that this population sleeps fewer hours per day. Likewise, the lack of knowledge and lack of adherence by the health team to the protocols for reporting and socialization of adverse events established by the institution.

**Key words:** patient safety, surgery, surgical procedures, adverse events, third level of care.

## INTRODUCCIÓN

La salud como derecho fundamental debe ser garante de la seguridad del paciente, sin embargo, muchas veces el equipo de salud encargado en brindar atención, no cumplen los estándares establecidos para garantizar una atención de calidad, lo cual permite que se presenten fallas en la atención, según lo manifestado por Silva<sup>1</sup>, los eventos adversos asociados a cuidados de la salud son una problemática global, por lo que entes gubernamentales nacionales e internacionales, en la búsqueda de disminución de los mismos, han generado estrategias, normativas y guías de práctica clínica para contribuir con este fin; sin embargo, pese a múltiples conductas y estudios siguen siendo un problema latente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2020, estimó que más de 10 millones de pacientes son víctimas de lesiones, discapacidades y muertes en centros quirúrgicos del mundo, mayormente en países desarrollados, donde 1 de cada 10 pacientes resultará lesionado en 25%; sin embargo, en países en desarrollo las probabilidades de ocurrencia es de 20 veces más de presentar eventos adversos entre 51 a 62%; por ende, la seguridad del paciente es fundamental para la calidad de la atención y es uno de los parámetros supervisados por las organizaciones sanitarias del mundo<sup>2</sup>.

Antes de realizar un acto quirúrgico se debe diligenciar la lista de chequeo, es una herramienta de ayuda en el trabajo que se diseña para reducir los errores provocados por los potenciales límites de la memoria y la atención en el ser humano<sup>3</sup>, admite que en

---

<sup>1</sup> SILVA, Rey. Lineamientos para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud y disminución de eventos adversos asociados a intervenciones quirúrgicas en una ips de alta complejidad. Repositorio Institucional Universidad El Bosque [página web]. (23, septiembre, 2020). P1. Disponible en Internet: <https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/5212/Final.%20Art%C3%ADculo%20GCAS%20Grupopo%203.%20Promoci%C3%B3n%20XL%20MR..pdf?sequence=4&isAll>

<sup>2</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estimación mundial de lesiones, discapacidades y muertes por eventos adversos en el servicio de centro quirúrgico. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en la web: <https://www.who.int/es>

<sup>3</sup> PLATAFORMA TECNOLÓGICA PARA LA GESTIÓN DE LA EXCELENCIA. ¿Qué es un checklist y cómo se debe utilizar?, 2018. p. 3. En la web: <https://www.isotools.org/2018/03/08/que-es-un-checklist-y-como-se-debe-utilizar/>

la realización de las actividades no se olvide ningún paso y se debe hacer con un orden establecido, esto permite una atención segura y de calidad para los pacientes. En Colombia, el estudio IBEAS mostró una prevalencia de eventos adversos del 13.1% (312/2373); de estos, 135 (43,3%) estuvieron relacionados con procedimientos quirúrgicos. La severidad fue variable, con predominio de severidad moderada (57%), mientras que los eventos adversos graves correspondieron al 22,3% (30) del total de eventos adversos relacionados con procedimientos quirúrgicos<sup>4</sup>, identificando que hay un alto grado de prevalencia con los eventos adversos, producto de una atención no integral en los procedimientos quirúrgicos.

Según lo planteado por Ramos<sup>5</sup>, es importante y necesario fortalecer la seguridad en la atención de pacientes puesto que es un aspecto prioritario en la organización y funcionamiento de todo sistema de salud, teniendo implicancias directas en la calidad de la atención por lo que la preparación del paciente para el acto quirúrgico y su traslado a quirófano representan el paso previo del ingreso a la sala de operaciones, es ahí donde se deben generar protocolos que garanticen seguridad para los pacientes en el preoperatorio inmediato, identificar y reconocer sus fallas para mejorar la calidad de atención médica.

Es importante fortalecer y cumplir los protocolos en cada fase, (periodo preoperatorio), (periodo transoperatorio o intraoperatorio) y después de terminada ésta (periodo postoperatorio) donde el personal de salud cumple un papel fundamental en la seguridad del paciente.

---

<sup>4</sup> MINISTERIO DE SANIDAD. Estudio IBEAS Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica, Citado por GAVIRIA, ALEJANDRO, et al. Mejorar la calidad de los procedimientos quirúrgicos, Ministerio de salud y prosperidad social. p. 35. En la web: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-procesos-quirurgicos.pdf>

<sup>5</sup> RAMOS, A. P., et al. Implementación del listado de verificación preoperatorio de enfermería para cirugía segura. Journal of Negative and No Positive Results, 2020, vol. 5, no 8, p. 792-805. Disponible en la web: <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n8/2529-850X-jonnpr-5-08-792.pdf>

Quispe en su artículo, “la cultura de seguridad del paciente por el profesional de enfermería conlleva a unas prácticas de atención seguras que evitan los eventos adversos, reafirmando la prioridad en el desarrollo de las estrategias de seguimiento de errores y el establecimiento de mejoras de calidad para la cultura de seguridad del paciente”<sup>6</sup>.

Este estudio se realizó con el propósito de Identificar los conocimientos y prácticas que emplea el equipo de salud para mejorar la seguridad del paciente en los procedimientos quirúrgicos en una institución de salud, teniendo en cuenta las barreras de seguridad, planes de acción para promover la política de seguridad del paciente en el servicio quirúrgico.

---

<sup>6</sup> QUISPE ROJAS, C. P. Cultura de seguridad del paciente por el profesional de enfermería en el servicio de centro quirúrgico. 2021. Disponible en la web: [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/9743/Cultura\\_QuispeRojas\\_Cynthia.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/9743/Cultura_QuispeRojas_Cynthia.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

## **1. OBJETIVOS**

### **1.1 OBJETIVO GENERAL**

Describir los conocimientos y prácticas que realiza el equipo de salud para mejorar la seguridad del paciente en los procedimientos quirúrgicos en una institución de salud, Montería en el segundo semestre del 2022.

### **1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las características sociodemográficas del equipo de salud del servicio de cirugía sujeto de estudio.
- Identificar los factores contributivos que favorecen la aparición de las acciones inseguras o fallas latentes relacionadas con la cultura y procesos organizacionales en el servicio de cirugía.
- Identificar las estrategias establecidas en la institución para fortalecer la seguridad del paciente en el servicio de cirugía

## 2. MARCO REFERENCIAL

### 2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La seguridad del paciente se ha implementado por los profesionales de la salud en todas las áreas donde se les brinda atención a los pacientes de manera óptima, lo cual permite preservar la vida y evitar enfermedades o complicaciones que pueden desarrollar los pacientes.

Seguridad del paciente en las civilizaciones: Mesopotamia, India y China. En este período, las antiguas civilizaciones encontraron los primeros escritos médicos y las primeras leyes o normas establecidas para brindar una atención más segura de los enfermos. En los períodos helenista y romano, los primeros indicios de la civilización helénica realizan sus mayores aportes a la humanidad.

Florence Nightingale, en 1840 entendía de higiene e hizo vínculo entre ésta y la curación. Las alcantarillas debajo del hospital fueron limpiadas y los animales muertos fueron retirados de la fuente del agua; abrió las ventanas, se lavaron pisos, paredes y la ropa de cama; los pacientes fueron aseados; así mismo se tomaron medidas en los alimentos; todos estos cambios debían ser aplicados a hospitales y casas para mejorar la salud de los pacientes<sup>7</sup>.

Ernest Codman, cirujano y padre de la calidad asistencial, publicó en 1916 sus postulados sobre la gestión de la calidad en los hospitales, donde indicaba que se deben hacer

---

<sup>7</sup> RODRIGUEZ, María. Breves aspectos de la enfermería según Florence Nightingale. Literatura biomédica. 2013.p. 2. En la web:<<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2013/ene131h.pdf>>.

públicos los resultados, tanto los positivos como los negativos, para impulsar estudios que lleven a mejoras en sus diagnósticos y tratamientos<sup>8</sup>.

El Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de EE.UU. Publicó en 1999 el informe “Errar es humano: la construcción de un sistema de salud más seguro”. Lo cual obligó al gobierno a considerar la seguridad del paciente, como un principio fundamental en el proceso de la atención sanitaria<sup>9</sup>.

En el año 2008 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió pautas y normas para reducir los errores en la atención de la salud con la campaña “cirugía segura salva vidas”, cuyo propósito era mejorar la seguridad de las cirugías en todo el mundo, definiendo un conjunto de normas en una lista de verificación denominada lista OMS de verificación de la seguridad en cirugía, compuesta por un conjunto de ítems que se deben verificar durante todo el procedimiento quirúrgico, dividido en 3 tiempos: antes, durante y después de la intervención<sup>10</sup>.

En la actualidad no se tiene una definición unánime de seguridad del paciente, la Organización Mundial de la Salud, como la ausencia de un riesgo prevenible durante el proceso de cuidados al paciente y la reducción de los riesgos innecesarios. Todas las organizaciones sanitarias deberán generar estrategias para prevenir errores, aprender

---

<sup>8</sup> RODRIGUEZ HERRERA, Robinson *et al.* Historia de la seguridad del paciente. Hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio IBEAS. Revista de la Asociación Médica Argentina. Argentina. 2018. Vol.131, No. 4. P. 4. Disponible en: [https://www.ama-med.org.ar/uploads\\_archivos/1499/Rev-4-2018-Pag-25-30-Herrera.pdf](https://www.ama-med.org.ar/uploads_archivos/1499/Rev-4-2018-Pag-25-30-Herrera.pdf)

<sup>9</sup> CODMAN, Ernest. La historia del hombre que todo médico debe conocer, Citado por FIERRO, Guido, 2021. P. 1. En la web: <https://guidofierro.com/ernest-amory-codman-la-historia-del-hombre-que-todo-medico-debe-conocer/>

<sup>10</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La Cirugía Segura Salva Vidas. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente. 2008. Disponible en la web: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752009000500001](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000500001)

cuando estos sucedan y generar cultura de seguridad que involucre a los profesionales y a los pacientes, siendo un conjunto entre sí<sup>11</sup>.

Por lo tanto, se considera que la seguridad del paciente se ha venido implementando siglo tras siglo, y década tras década, con esto se busca implementar mejor atención a los pacientes y prevenir el desarrollo de enfermedades o procedimientos que puedan generar daño durante la atención, logrando así un mejoramiento a través de la evaluación y los indicadores que se evidencian durante los estudios.

## **2.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

Se realizó una revisión de literatura científica en bases de datos electrónicas más utilizadas en ciencias de la salud, de acceso libre (PubMed, Scielo.org, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Biblioteca Cochrane, CUIDEN) y bases de datos por suscripción que dispone la Unicordoba (Science Direct, EMBASE), para obtener información de fuentes confiables y de calidad. en los últimos 5 años 2018-2022. (Ver anexo A).

Mota, *et al*<sup>12</sup>, en el 2018, llevaron a cabo una investigación en Portugal con el fin de identificar el entorno de práctica percibido por las enfermeras perioperatorias y determinar las dimensiones del entorno de práctica que predicen la seguridad del paciente. Para esto realizaron estudio descriptivo y explicativo, en una muestra de 1.001 enfermeros de 24

---

<sup>11</sup> GARCIA, Javier. Seguridad del paciente. En: Actualidad Médica. 2019. Vol. 104, No. 807. P.1. En la web: [https://actualidadmedica.es/articulo/807\\_ami01/](https://actualidadmedica.es/articulo/807_ami01/)

<sup>12</sup> MOTA CARVALHO, Ana Sofia; OLIVERA MENDES CASTILHO, Amélia Filomena y FERREIRA MARTINS, Manuela. Ambiente de prática e a segurança do docente no bloco operatório: dimensões predictoras. Cogitare Enfermagem. Portugal. 2018. Vol.26. P. 3. Disponible en: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.82289>

hospitales portugueses, aplicando el cuestionario de seguridad del paciente en quirófano y la versión portuguesa de la *Practice Environment Scale*.

Por lo cual, Mota, *et al*, obtuvieron como resultado que el promedio global del ambiente de práctica indica su clasificación como desfavorable, destacándose la dimensión “Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado”. Este estudio permitió resaltar la influencia del entorno de la práctica en la seguridad del paciente en el contexto perioperatorio y la necesidad de introducir mejoras<sup>13</sup>.

Laborde, *et al*<sup>14</sup>, en el año 2019 realizó un estudio en un hospital universitario de tercer nivel en España con el objetivo de establecer medidas preventivas para evitar que se produzcan eventos adversos en el área quirúrgica, se empleó como herramienta el análisis modal de fallos y efectos donde se identificaron los riesgos potenciales para el paciente en el preoperatorio y en la intervención quirúrgica.

El resultado que arrojó fue que el 42.6% de los eventos adversos son prevenibles por ende concluye que, se desarrollará un mapa de riesgo que permitiera mejorar la seguridad del paciente en área quirúrgica y la formación educativa del personal es la clave para el mejoramiento<sup>15</sup>.

---

<sup>13</sup> Ibid. p. 4

<sup>14</sup> MELLA LABORDE, M, *et al*. Cómo gestionar el riesgo en el área quirúrgica. Análisis modal de fallos y efectos quirúrgicos. En: Journal of Healthcare Quality Research. 2019. vol. 34. No. 5. p. 233. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.06.001>

<sup>15</sup> Ibid. p. 235.

Borneo<sup>16</sup> realizó un estudio universidad de Huánuco Perú en el año 2019, con el objetivo de determinar la relación entre la vinculación laboral y la cultura de seguridad del paciente. Empleó un cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en 51 trabajadores de salud.

Al terminar el estudio dio como resultado que el 62,7% presentaron carga laboral alta y el 86,3 % tuvieron cultura de seguridad del paciente de nivel medio. Por lo cual, concluyó que la vinculación laboral tuvo relación con la cultura de seguridad del paciente en personal de salud del centro de salud Aparicio Pomares de Huánuco<sup>17</sup>.

Sillero y Zabalegui<sup>18</sup>, llevaron a cabo una investigación en el año 2019, en un hospital de tercer nivel en España con el objetivo de investigar la seguridad y la satisfacción de los pacientes y su relación con el cuidado de los enfermeros en el perioperatorio. Para esto aplicaron un estudio multinivel, transversal, correlacional, aplicado a 105 enfermeros del área quirúrgica y 150 pacientes operados en un hospital terciario español.

El estudio arrojó como resultado que el 38% (57) de los pacientes quirúrgicos que formaron parte del estudio presentaron algún tipo de EA durante el proceso quirúrgico, desde el momento del ingreso hasta 30 días después de la intervención, Para el análisis de la satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermeros. En el cruce de las variables características de los enfermeros con la satisfacción total del paciente, no se ha encontrado ninguna variable que esté significativamente asociada. En consecuencia,

---

<sup>16</sup> BORNEO CANTALICIO, Eler. Vinculación laboral y cultura de seguridad del paciente de un centro de salud de Huánuco. En: REVISTA PERUANA DE CIENCIAS DE LA SALUD. Perú. 2019. Vol. 1. No. 3. p. 141. Disponible: <https://doi.org/10.37711/rpcs.2019.1.3.26>

<sup>17</sup> Ibid. p. 144.

<sup>18</sup> SILLERO SILLERO, Amalia y ZABALEGUI, Adelaida. Segurança e satisfação de pacientes com os cuidados de enfermeros no perioperatório. En: Revista Latino-Americana de Enfermagem. España. 2019. vol. 27, p. 1. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2646.3142>

ninguna de las características de los enfermeros fue capaz de predecir eficazmente la satisfacción de los pacientes<sup>19</sup>.

Cruz y Veloza<sup>20</sup>, llevaron a cabo una investigación en Colombia en el año 2019 con el objetivo de evaluar la percepción del clima de seguridad del paciente en enfermeros que laboran en una unidad de atención de salud en Bogotá. un estudio transversal mediante la aplicación de un cuestionario elaborado por Agency for Health Care Research and Quality el cual se aplicó en 43 enfermeros.

Los resultados de la investigación fue que las dimensiones que obtuvieron mayor coeficiente de Alfa de Cronbach fueron: frecuencia de eventos notificados (0,826), trabajo en equipo en la unidad/servicio (0,824) y problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (0,785). Mientras que las dimensiones que tuvieron menos coeficiente y se catalogaron como oportunidad de mejora<sup>21</sup>.

Ramos, *et al*<sup>22</sup>, en el año 2020 llevaron a cabo una investigación en el hospital universitario en Argentina con el objetivo de implementar la lista de verificación preoperatoria de enfermería para disminuir los errores en el ingreso de pacientes a quirófanos. Se empleó un método observacional y exploratorio tomó como muestra 355 pacientes en los quirófanos centrales. Hubo 183 errores de un total de 158 cirugías programadas. La falla más frecuente fue el ingreso de pacientes con ropa interior o ropa

---

<sup>19</sup> Ibid. p. 6.

<sup>20</sup> CRUZ RIVEROS, Jhonny y VELOZA MORALES, Martha Cecilia. La seguridad del paciente en un hospital de Bogotá, percepción del profesional de Enfermería. En: Revista Investigaciones Andina. Colombia. 2019. Vol. 21. No. 39. p. 12. Disponible en: <https://doi.org/10.33132/01248146.1552>

<sup>21</sup> Ibid. p. 14.

<sup>22</sup> RAMOS, Ariel, *et al*. Planificación del área quirúrgica e implementación de nuevo listado de verificación para cirugía segura en un hospital universitario. Revista Argentina de Cirugía. Argentina. 2020. Vol.112, No. 3. P.258. Disponible en: <https://doi.org/10.25132/raac.v112.n3.1527.es>

de cama en 59 (32,2%), seguido por falta de gorro en 22 (12%), e ingreso de pacientes con prótesis dental en 21 (11,5%).

La segunda etapa en la cual se hicieron uso de la planilla de verificación de enfermería preoperatoria persistió los errores en un 48%. Por lo cual se debe promover acciones específicas para que los equipos quirúrgicos alcancen de forma sistemática las medidas de seguridad esenciales sin poner en riesgo la vida y bienestar de los pacientes quirúrgicos<sup>23</sup>.

Pérez<sup>24</sup> en el año 2020 llevo a cabo una investigación en la Habana Cuba con el objetivo de caracterizar la cultura de seguridad del paciente desde la percepción de los profesionales de enfermería de quirófano. Para esto realizó un estudio descriptivo transversal realizado a una muestra de 67 profesionales de enfermería dando como resultado que el 100% de los encuestados calificó de positivo el grado global de seguridad.

Seguidamente, como fortaleza se destacan las dimensiones: aprendizaje organizacional, apoyo de la dirección y trabajo en equipo entre unidades. Lo que permitió deducir que el personal de enfermería que labora en estas unidades quirúrgicas percibe un buen clima de seguridad del paciente<sup>25</sup>.

---

<sup>23</sup> Ibid. p. 259

<sup>24</sup> PÉREZ BOLAÑOS, Liset. Percepción de enfermería. Una mirada actual a la cultura de seguridad en el quirófano. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. Cuba. 2020. Vol. 22. p.2. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/javeriana.ie22.pema>

<sup>25</sup> Ibid.p.3

Castro *et al*<sup>26</sup> en el año 2020 realizaron una investigación a través de estudio con abordaje cuantitativo en 105 profesionales de enfermería que laboraban en las clínicas médicas y quirúrgicas de los hospitales. Con el objetivo de evaluar el clima de seguridad en la perspectiva de los profesionales del equipo de enfermería que actúan en las clínicas médicas y quirúrgicas de dos hospitales del interior del estado de Maranhão, Brasil.

Lo cual se evalúa, mediante una escala con un puntaje máximo de 100% y un puntaje aceptable de 75%, el puntaje final fue de 58,75% en Açailândia y 60,43% en Emperatriz, que se consideran bajos. Por lo cual se concluyó que había serias deficiencias en el clima de seguridad con puntajes por debajo de 75%, viéndose en la necesidad de implementación efectiva de protocolos de seguridad del paciente<sup>27</sup>.

Peralta *et al*<sup>28</sup>, en el año 2021 llevo a cabo una investigación en un centro quirúrgico de un hospital del Perú con el objetivo de determinar la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal de enfermería, mediante un estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo, transversal donde participó el personal de enfermería conformado por 27 participantes, se aplicó un cuestionario, para el procesamiento se usa el paquete estadístico SPSS. Los resultados revelaron que la mejor característica en las enfermeras fue el contacto con el paciente y la seguridad brindada en 92 %. Se concluyó que cultura de seguridad a nivel del hospital es el aprendizaje organizacional positivo<sup>29</sup>.

---

<sup>26</sup> CASTRO, Andreia, *et al*. Evaluación del clima de seguridad del paciente entre profesionales de enfermería. En: Ciencia y enfermería. Brasil. 2020. Vol. 26, No. 7. p. 4. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/s0717-95532020000100206>

<sup>27</sup> *Ibid.* p. 5

<sup>28</sup> PERALTA LARICO, Yeny, *et al*. Cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal de enfermería. En: Revista Médica Basadrina. Perú. 2021. Vol. 15, p. 12. disponible en: <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/download/1048/1174/2039>

<sup>29</sup> *Ibid.* p.12

Batista *et al*<sup>30</sup>, en el año 2021 llevaron a cabo una investigación a través de una Encuesta transversal realizada en cinco unidades de hospitalización quirúrgica y un centro quirúrgico de un hospital federal de enseñanza en Paraná en Brasil, el objetivo de la investigación fue la percepción de la cultura de seguridad del paciente quirúrgico entre los profesionales médicos y de enfermería que actúan en una institución educativa pública brasileña.

De acuerdo a los resultados obtenidos se evidenció debilidad en la cultura de seguridad del paciente con 23,9% y 13,9%, respectivamente, entre enfermería y medicina, entre las dos categorías profesionales, con respuestas más positivas de enfermería; sin embargo, exige promover acciones para fortalecer la seguridad del paciente quirúrgico en ambos grupos profesionales<sup>31</sup>.

Navarro *et al*<sup>32</sup> en el año 2021 realizó una investigación en Aguascalientes México con el objetivo de describir la cultura de seguridad del paciente por enfermería perioperatoria en un hospital público de Aguascalientes. Se empleó la encuesta de seguridad del paciente, con un alfa de Cronbach de 0,96 en 52 trabajadores de la salud que realizaban las funciones de circulante, instrumentista, en las salas de recuperación preanestésica y posanestésica, en los turnos de mañana, tarde y noche.

A través del aprendizaje organizacional presentó 57,7% de respuestas positivas, La cultura de seguridad del paciente fue buena el turno vespertino presentó una mayor cultura de seguridad del paciente con un 73%<sup>33</sup>.

---

<sup>30</sup> BATISTA, Josemar, *et al*. Diferencia del personal de enfermería y medicina acerca de la cultura de seguridad del paciente quirúrgico. En: Enfermería Global. Brasil. 2021. Vol. 20, No. 3. p.86. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.441571>

<sup>31</sup> Ibid. p. 87

<sup>32</sup> NAVARRO RODRÍGUEZ, Diana Cristina, *et al*. Cultura de seguridad del paciente por enfermería perioperatoria en un hospital público de Aguascalientes. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. México. 2021. Vol.28, No. 3. P. 222. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/reimss.m20000010>

<sup>33</sup> Ibid.p.224

Fonseca, *et al*<sup>34</sup>, realizaron un estudio en el año 2021, con el objetivo de caracterizar el clima de seguridad en los servicios quirúrgicos de cuatro instituciones de salud de Santander. Se aplicó la encuesta *Hospital Survey on Patient Safety* desarrollado por la *Agency for Healthcare Research and Quality*, validada para servicios quirúrgicos en Colombia a 164 trabajadores.

Al terminar el estudio dio como resultado que las dimensiones con mayor percepción positiva fueron prácticas seguras 84%, por lo cual se concluyó que la percepción sobre clima seguridad en general es considerada positiva, aunque existen oportunidades de mejora<sup>35</sup>

Sepúlveda, *et al*<sup>36</sup>, en el año 2021 realizaron un estudio en un hospital de Santander Colombia, el objetivo fue determinar el nivel de cumplimiento en la aplicación de la “lista de verificación de seguridad de la cirugía en personal de sala quirúrgica de una institución pública”. Para esto emplearon un estudio de corte transversal en 45 miembros del equipo quirúrgico de un hospital, en los cuales se evaluó el cumplimiento a la lista de chequeo de la OMS.

El cumplimiento global fue del 13.3%, un resultado muy bajo dado que el nivel esperado inicialmente era de 60% de cumplimiento, determinando que hay una pobre seguridad del paciente quirúrgico

---

<sup>34</sup> Fonseca Mesa, Dairon Alexander; Serpa Pérez, Piedad Cecilia y Arias Botero, José Hugo. Clima de seguridad del paciente en cuatro servicios quirúrgicos de Santander. *EN: Salud UIS. Colombia. 2021. Vol. 53, P. 3.* Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0121-08072021000100308&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-08072021000100308&lng=en&nrm=iso&tlng=es)

<sup>35</sup> *Ibid.* p. 4.

<sup>36</sup> SEPÚLVEDA PLATA, Marta Cecilia; LÓPEZ ROMERO, Luis Alberto y GONZÁLEZ Sandra Beatriz. Cumplimiento de la lista de verificación de seguridad de la cirugía en un hospital de Santander. Un estudio de corte trasversal. En: *Revista Cuidarte. Colombia. 2021. Vol. 12, No. 3. p.2.* Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/2122/2361>

A través, de las consultas bibliográficas se logró indagar la importancia que tienen las listas de chequeos y lo necesaria que son de aplicarlas, para identificar si verdaderamente se está teniendo en cuenta la seguridad del paciente antes de realizar cualquier procedimiento quirúrgico, lo que favorece a la disminución de la aparición de eventos adversos de tipo prevenible que deterioran la salud del paciente afectado, además de provocar también gastos institucionales y problemas legales.

## **2.3 MARCO TEÓRICO**

El marco teórico del presente estudio esta soportado por los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en Colombia emanado por el Ministerio de Salud y Protección Social que se detallan a continuación.

### **2.3.1 Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente.**

Colombia impulsa una política de seguridad del paciente, liderada por el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente.

Para que un sistema de atención en salud sea seguro, es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en él. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también pues en muchas ocasiones se señala como culpable a este sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar ni la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias<sup>37</sup>.

---

<sup>37</sup> Ibid. p. 8

Para alcanzar el propósito de establecer una atención segura es necesario establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar tales como:

- Enfoque de atención centrado en el usuario
- Cultura de Seguridad
- Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud
- Multicausalidad
- Validez
- Alianza con el paciente y su familia
- Alianza con el profesional de la salud<sup>38</sup>.

**2.3.2 política de seguridad del paciente.** La política de seguridad del paciente tiene varios objetivos en este caso recalcar los principales como: Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura, disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes y prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud<sup>39</sup>.

Según los lineamientos de la política la seguridad del paciente.

Para llevar a cabo esto deben existir una serie de *check point* o barreras que impidan la ocurrencia de un evento adverso para eso se basa en un el modelo explicativo de la

---

<sup>38</sup> Ibid. p.9

<sup>39</sup> Ibíd. p.15

ocurrencia y la causalidad del evento adverso. El mejor modelo explicativo acerca de la ocurrencia del evento adverso, es del queso suizo: para que se produzca un daño, es necesario que se alineen las diferentes fallas en los diferentes procesos, a semejanza de los orificios de un queso: cuando alguno de ellos no lo hace, el daño no se produce. Igualmente se produce una falla en uno de los procesos está puede acentuar las fallas existentes en otros procesos a manera de un efecto dominó<sup>40</sup>.

El modelo consta de cuatro dominios:

- Influencias de la organización (primera rebanada de queso)
- Supervisión (segunda rebanada de queso)
- Condiciones previas (tercera rebanada de queso)
- Actos específicos. (Aquí suceden las “fallas activas” por parte del personal).

Sabiendo esto facilita la búsqueda de las causas que originaron el evento adverso: el análisis causal, análisis de la ruta causal o de la causa raíz, de tal manera que se puedan definir e identificar las barreras de seguridad. En el análisis del incidente o del evento adverso sucedido es necesario considerar la ocurrencia de fallas en los procesos de atención para identificar las barreras de seguridad que deberán prevenir o neutralizar la ocurrencia del evento<sup>41</sup>.

**2.3.3 guía de buenas prácticas de seguridad del paciente.** En 2008 el ministerio de salud de Colombia, con el objetivo de prevenir la ocurrencia de situaciones que afectarán la seguridad del paciente, y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos, impulsó una política de seguridad del paciente y una guía técnica de buenas prácticas en

---

<sup>40</sup> Ibid. p.18

<sup>41</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Protocolo de Londres. Colombia. 2017. P20. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freeseachresults.aspx?k=protocolo%20de%20londres&scope=Todos>

seguridad. A estas les desarrolló unos paquetes instruccionales para que las instituciones tuvieran directrices técnicas para su implementación práctica. Hoy, dichos paquetes son actualizados con el propósito de ajustarlos a la mejor evidencia disponible en la actualidad y para cubrir las brechas que han impedido la ejecución efectiva de dichas prácticas al interior de las instituciones de salud.

**2.3.4 protocolo de Londres.** Existe un protocolo en el cual cumple un papel de guía para implementar la gestión del riesgo en la atención en salud. Este sería el protocolo de Londres, se caracteriza porque es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como “Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos” Constituye una guía práctica para administradores de riesgo y otros profesionales interesados en el tema<sup>42</sup>.

Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos es la teoría que soporta este protocolo y sus aplicaciones se basa en investigaciones realizadas fuera del campo de la salud. En aviación y en las industrias del petróleo y nuclear, la investigación de accidentes es una rutina establecida. Los especialistas en seguridad han desarrollado una gran variedad de métodos de análisis, algunos de los cuales han sido adaptados para uso en contextos clínico asistenciales<sup>43</sup>.

De acuerdo con este modelo, las decisiones que se toman en los niveles directivo y gerencial de la organización se transmiten hacia abajo, a través de los canales departamentales, y finalmente afectan los sitios de trabajo, creando las condiciones que pueden condicionar conductas inseguras de diversa índole. Las barreras se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las fallas. Estas pueden ser de tipo

---

<sup>42</sup> Ibid, p. 22.

<sup>43</sup> Ibid., p. 22.

físico, como las barandas; natural, como la distancia; acción humana, como las listas de verificación; tecnológico, como los códigos de barras; y control administrativo, como el entrenamiento y la supervisión

Durante el análisis de un incidente cada uno de estos elementos se considera detalladamente y por separado, comenzando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron, hasta llegar a la cultura y procesos organizacionales. La primera actividad del proceso de análisis es siempre la identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea<sup>44</sup>.

Debido al aumento de eventos adversos de la atención en salud el Ministerio de Salud y Protección Social se vio en la tarea de implementar una política y lineamientos que encaminaran al mejoramiento de la seguridad del paciente<sup>45</sup>.

## **2.4 MARCO CONCEPTUAL**

**2.4.1 Seguridad del paciente.** Los esfuerzos para reducir el riesgo, para tratar y reducir los incidentes y accidentes que pueden afectar negativamente a los consumidores de salud<sup>46</sup>.

**2.4.2 Cirugía.** Especialidad en la cual se utilizan procedimientos manuales u operativos para el tratamiento de enfermedades, lesiones o deformidades<sup>47</sup>.

---

<sup>44</sup> Ibid., p. 21.

<sup>45</sup> Ibid., p. 17.

<sup>46</sup> DESCRIPTORES EN CIENCIAS DE LA SALUD. Seguridad del paciente. DeCS [página web]. [Consultado el 25, noviembre, 2022]. Disponible en Internet: (DeCS)

<sup>47</sup> Ibid. p. Disponible en Internet: (DeCS)

**2.4.3 Procedimientos quirúrgicos.** Es la operación instrumental, total o parcial, de lesiones causadas por enfermedades o accidentes, con fines diagnósticos, de tratamiento o de rehabilitación de secuelas<sup>48</sup>.

**2.4.4 Evento Adverso.** es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño<sup>49</sup>.

**2.4.5 Tercer nivel de atención.** Cuidado de carácter altamente técnico y especializado, proporcionada en un centro médico, por lo general un afiliado con una universidad, para los pacientes con problemas de salud inusualmente severos, complejos o poco comunes<sup>50</sup>.

**2.4.6 Fallas Latentes.** Son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo<sup>51</sup>.

**2.4.7 Incidente.** es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención<sup>52</sup>.

## **2.5 MARCO LEGAL**

### **Ley 100 de 1993**

Establece el sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El sistema comprende las obligaciones del estado y la sociedad, las instituciones y los

---

<sup>48</sup> Ibid. p. Disponible en Internet: (DeCS)

<sup>49</sup> MINISTERIO DE SALUD. Op. Cit., p. 22.

<sup>50</sup> Ibid. p. Disponible en Internet: (DeCS)

<sup>51</sup> MINISTERIO DE SALUD. Op. Cit., p. 22.

<sup>52</sup> MINISTERIO DE SALUD. Op. Cit., p. 24.

recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios<sup>53</sup>.

### **Política de seguridad del paciente**

Colombia impulsa una política de seguridad del paciente, liderada por el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud, con el fin de reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente<sup>54</sup>.

### **Decreto 1011 de 2006**

Por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud<sup>55</sup>.

### **Ley 1438 de 2011**

Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del sistema general de seguridad social en salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia atención primaria en salud permita la acción coordinada del estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen

---

<sup>53</sup> CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 100 DE 1993. Por la cual se crea el Sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: 1993. p. 1. Disponible en la web [https://oig.cepal.org/sites/default/files/colombia\\_-\\_ley\\_100.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/colombia_-_ley_100.pdf)

<sup>54</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Op. Cit., p. 1.

<sup>55</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto número 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. p. 1. Disponible en la web [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)

disposiciones para establecer la unificación del plan de beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera<sup>56</sup>.

La normatividad vigente del país contribuye al actuar del personal asistencial y de las instituciones prestadoras de salud con el fin de garantizar una atención segura y de calidad.

---

<sup>56</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones' p. 1. Disponible en la web [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf)

### 3. DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo transversal. Haciendo referencia a los criterios de Hernández Sampieri el presente estudio tiene un enfoque cuantitativo debido a que se llevó una recolección de datos, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, también es de carácter descriptivo transversal por que se evaluó aspectos o elementos del fenómeno a investigar en un periodo de tiempo determinado<sup>57</sup>.

#### 3.2 ESCENARIO DE ESTUDIO

El escenario de estudio fue una Institución de salud de tercer nivel de la ciudad de Montería, en la cual se prestan servicios especializados como urgencias, consulta externa, cirugía y hospitalización. El estudio está enfocando en el servicio de cirugía, el cual está dividido por tres áreas verde, amarilla y roja, la primera es el área verde la cual, funciona como zona de protección que incluye admisión quirúrgica, oficina de coordinadora, oficina de contadores, baños y vestidores. En el área amarilla se requiere portar el uniforme quirúrgico completo para su acceso, cuenta con pasillos internos para circulación del personal, traslado de pacientes y material quirúrgico, sala de recuperación donde se encuentra el Star de enfermería, farmacia, Star de médicos y especialistas. También, cuenta con el área roja, esta zona es de mayor restricción, donde se realiza la intervención quirúrgica, hay disponibilidad de 3 quirófanos en el servicio.

---

<sup>57</sup> HERNANDEZ Roberto, FERNANDEZ Carlos, Baptista Pilar. Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo, sus similitudes y diferencias. Metodología de la Investigación, 2014, p. 11.1-2. Disponible en la web [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/58257558/Definiciones\\_de\\_los\\_enfoques\\_cuantitativo\\_y\\_cualitativo\\_sus\\_similitudes\\_y\\_diferencias-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1669772139&Signature=IYO3MO5tMlknFbgV~yal9tdWx5gFr8r-9DSay4RAc7YSJjE6tLZZoYEh0Cf-pK8BPZAmWQ3u1Psai022NCLAXUr4JGtR3XDIONZb9pcu5dlHjZybovqlTuna1-VrKXQrkHR8QXz2rUkjFpyh8CW4k7ZSAE1pgR3jRoUN99dkH1N5tGfa4TsKOeFtGJclK~rCL4ouGfPwxjlvIRq6-WsoZDLiEWSRVFY8UQnr2VKAeSo9TNrAg6tQ~iWIdSgNvSWZn9hEPMS~mW0vcdfNyj1P3UdYXBY47mlnT8jW924PVxJBzGFeTke~eaztl537F~QoxzTF1vHPebcgHL4m5ing\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/58257558/Definiciones_de_los_enfoques_cuantitativo_y_cualitativo_sus_similitudes_y_diferencias-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1669772139&Signature=IYO3MO5tMlknFbgV~yal9tdWx5gFr8r-9DSay4RAc7YSJjE6tLZZoYEh0Cf-pK8BPZAmWQ3u1Psai022NCLAXUr4JGtR3XDIONZb9pcu5dlHjZybovqlTuna1-VrKXQrkHR8QXz2rUkjFpyh8CW4k7ZSAE1pgR3jRoUN99dkH1N5tGfa4TsKOeFtGJclK~rCL4ouGfPwxjlvIRq6-WsoZDLiEWSRVFY8UQnr2VKAeSo9TNrAg6tQ~iWIdSgNvSWZn9hEPMS~mW0vcdfNyj1P3UdYXBY47mlnT8jW924PVxJBzGFeTke~eaztl537F~QoxzTF1vHPebcgHL4m5ing_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)

### 3.3 POBLACIÓN

La población conformada por 72 personas del equipo de salud del servicio de cirugía, de los cuales hacen parte 27 auxiliares de enfermería, 6 instrumentadores quirúrgicos, 1 jefe de enfermería, 2 médico generales, 26 médicos especialistas, 2 personas de servicios generales, auxiliar de farmacia 2, residentes de medicina 4 e instrumentación quirúrgica 2.

### 3.4 MUESTRA

**3.4.1 Calculo de la muestra.** Del total de la población (n=72), se tomó una muestra de 56 personas del equipo de salud del servicio de cirugía escenario de estudio, calculada con un nivel de confianza de 95%, un margen de error de 5% (d=0.06), y una proporción esperada del 50% (p=0,5 + q=0,5), utilizando la fórmula matemática establecida para el cálculo de tamaño de muestra para poblaciones finitas que se muestra a continuación.

3Formula: 
$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

En donde:

N = tamaño de la población = 72.

Z = nivel de confianza = 95%.

P = probabilidad de éxito, o proporción esperada = 0,50.

Q = probabilidad de fracaso = 0,50.

D = precisión (error máximo admisible en términos de proporción) =0,06.

**3.4.2 Tipo de muestreo.** Se implementó un muestreo no probabilístico, intencional o por conveniencia, la selección se realizó teniendo en cuenta el personal presente durante los turnos diurnos permitidos por la institución para realizar la recolección de la información.

Teniendo en cuenta que, en el servicio de cirugía hay diferentes cargos en el personal, fue necesario abordarlo con respecto al rol individual, disponibilidad en el servicio y horario laboral diurno. Por tanto, se incluyeron en el estudio el 100% del personal de enfermería (n= 28), de los residentes (n=4) y estudiantes de instrumentación quirúrgica en prácticas académicas (n=2), un médico general, un auxiliar de servicios generales y uno de farmacia, el 67% de instrumentadores quirúrgicos (n=4), el 58% de los médicos cirujanos (n= 15), teniendo en cuenta que es el personal que tiene menos disponibilidad de tiempo en el servicio de cirugía.

**3.4.3 Unidad de análisis.** Personal que compone el equipo de salud del servicio de cirugía en una institución de salud en la ciudad de Montería 2022.

### **3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Personas con disposición a participar de la investigación
- Profesional de Enfermería en el área de cirugía
- Auxiliar de Enfermería en el área de cirugía
- Médico en el área de cirugía
- Instrumentador quirúrgico y estudiantes.
- Especialistas que hagan parte del área de cirugía
- Personal de servicios generales y de farmacia que hagan parte del área de cirugía
- Residentes o pasantes en el servicio de cirugía

### **3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Trabajadores de la institución que no pertenecen al área de cirugía
- Personal que no desee participar en la investigación
- Personal administrativo
- Personal que labora sólo en horario nocturno.

### **3.7 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Se realizó la recolección de la información a través de encuesta acerca de las características sociodemográficas del personal del equipo de cirugía (Anexo B), el instrumento para evaluar los conocimientos y prácticas para la seguridad del paciente en cirugía desarrollado por los investigadores a partir del protocolo de cirugía segura establecido por la institución escenario del estudio, también a través aplicación de una lista de chequeo elaborada con base a la implementada por el Ministerio de Salud para verificar el cumplimiento o no de estrategias para fortalecer la seguridad del paciente en el servicio de cirugía por parte de la institución.(Anexo C).

### **3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Se realizó el procesamiento y análisis de la información en una base de datos creada por los investigadores en el programa de Microsoft Excel y se analizó en Software estadístico IBM SPSS *Statistics (Statistical Package for Social Sciences)* versión 27.0.1 para Windows 10, de acceso gratis en versión de prueba. Donde se identificó generalmente las acciones adecuadas que emplea el equipo interdisciplinario en el servicio de cirugía, lo cual previene fallas en la atención del paciente, relacionadas con las características sociodemográficas y la adherencia que tenga el personal con los protocolos establecidos en el servicio.

El análisis se realizó implementando la estadística descriptiva, computando distribuciones de frecuencia absoluta y relativa para las variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas; para la presentación de los datos se realizaron tablas y gráficas. El diseño de esta base de datos consta de tablas dinámicas donde se dividen cada una de estas variables en celdas y columnas, de la misma manera se generó gráficos que facilitaron la comprensión de la información a los lectores de la investigación.

### 3.8. 9 ASPECTOS ÉTICOS

En el presente estudio se toman en cuenta los aspectos éticos, legales pertenecientes a la investigación en salud y el ejercicio del profesional de enfermería en Colombia, dictados en la Ley 911 de 2004 <sup>58</sup> y Resolución 8430 de 1993<sup>59</sup>.

**3.9.1 Principios éticos.** El presente estudio le otorgará al sujeto de estudio respeto a su dignidad, protección de sus derechos y bienestar. Igualmente, se dará cumplimiento a la confidencialidad y privacidad, la identidad de los participantes será protegida, mediante la utilización de códigos para el registro de la información, para efectuar las mediciones estadísticas, el análisis y manejo de la información.

**3.9.2 Tipo de riesgo.** En concordancia con la resolución 8430 de 1993, el tipo de riesgo del presente estudio se clasifica en la categoría investigación sin riesgo teniendo en cuenta que no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables de los individuos que participaran en el estudio.

**3.9.3 Consentimiento informado.** El estudio contó con el aval institucional para el desarrollo de la investigación (Anexo D). Cada uno de los participantes firmó el consentimiento informado (Anexo E) y recibieron explicación sobre el objetivo del estudio por parte de los investigadores, garantizándoles absoluta confidencialidad en todos los aspectos salvaguardando la integridad de los participantes.

---

<sup>58</sup> CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 911 de 2004. ¡Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004. Disponible en la web [https://www.mineducacion.gov.co/1759/articulos-105034\\_archivo\\_pdf.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1759/articulos-105034_archivo_pdf.pdf)

<sup>59</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución número 8430 de 1993, Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Disponible en la web <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

## 4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL EQUIPO DE SALUD DEL SERVICIO DE CIRUGÍA SUJETO DE ESTUDIO.

El equipo de salud del servicio de cirugía de la institución escenario de estudio, se caracterizó por ser una población adulta (71,4%). La edad mínima fue 21 años y la máxima 63 años el promedio de edad fue 40 años, con una desviación de 11,6. La mediana de 39 años y una moda de 45 años. La mayor proporción son de género femenino (66%), con una pareja estable casados (21%) y en unión libre (19%) siendo significativo el equipo de enfermería (50%) y especialistas (27%). (Ver Tabla 1).

**Tabla 1. Características sociodemográficas del equipo de salud del servicio de cirugía sujeto de estudio (n=56).**

CARACTERÍSTICAS	N°	%
<b>Edad</b>		
- Juventud (18-28 años)	12	21%
- Adulthood (29-59 años)	40	71%
- Vejez (60+años)	4	7%
<b>Género</b>		
- Masculino	19	34 %
- Femenino	37	66 %
<b>Estado civil</b>		
Soltero(a)	15	27 %
Casado(a)	21	37%
Divorciado (a)	1	2 %
Unión libre	19	40%
<b>Ocupación</b>		
Aux-enfermería	27	48%
Jefe enfermería	1	2%
Médico general	1	2%
Especialistas	15	27 %
Instrumentadoras	4	7 %
Aux-farmacia	1	2 %
Pasantes	6	11 %
Servicio general	1	2%

Fuente: datos del estudio

## 4.2 FACTORES CONTRIBUTIVOS QUE FAVORECEN LA APARICIÓN DE LAS ACCIONES INSEGURAS O FALLAS LATENTES RELACIONADAS CON LA CULTURA Y PROCESOS ORGANIZACIONALES.

El equipo de salud del servicio de cirugía se caracterizó laboralmente por tener contrato de prestación de servicios (87%), el (30 %) de la población trabajan en otra institución, el cual corresponde a los especialistas, el rango de años de experiencia con mayor frecuencia fue 0-5 años (36%), el rango de horas laborales al mes 101-200 horas (80 %) corresponde al personal de enfermería y el rango de horas de sueño al día 7-8 (41%) corresponde al equipo de salud, excepto los especialistas.

En este sentido, Borneo, 2019 refiere que la vinculación laboral alta tiene relación directa con el desempeño laboral con un impacto directo para la seguridad del paciente<sup>60</sup>. Igualmente, Cruz., *et al*/2019, encontraron en su estudio que la sobre carga laboral influye en aspectos como el cansancio mental, físico y el manejo de estrés en la personal asistencial en los servicios de salud y cómo impacta directamente en la atención humanizada y segura del paciente<sup>61</sup>.

Teniendo en cuenta la normatividad vigente en Colombia según la ley 269 de 1996<sup>62</sup>, la cual estipula que el máximo de horas laborales al mes es de 264 para cada trabajador, lo cual evidencia que no existe sobrecarga laboral en el personal asistencial de la institución, por otra parte, esta ley estipula que el personal de salud puede desempeñar sus labores en más de una institución, sin embargo, la privación del sueño que

---

<sup>60</sup> BORNEO. Óp. Cit., p. 3.

<sup>61</sup> CRUZ, D. Et al. Como impacta el volumen de carga laboral en el personal de hospitalización respecto a la seguridad del paciente. Repositorio de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. 2019, p. 53. Disponible en la web <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/46188>

<sup>62</sup> CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 269 DE 1996. Por la cual se regula parcialmente el artículo 2 de la Constitución Política, en relación con quienes prestan servicios de salud en las entidades de derecho público. Bogotá: 1996. p. 1. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=27940#:~:text=Establece%20que%20el%20personal%20asistencial,exceder%20semanalmente%20de%2066%20horas.>

experimentan los especialistas y gran parte del equipo de salud como auxiliares de enfermería pueden contribuir a la aparición de acciones inseguras o fallas latentes en los procedimientos quirúrgicos, debido a que estos pueden bajar su desempeño laboral relacionados con el estrés y la carga de trabajo que afecta la calidad de vida y la parte emocional, y por ende, afectar directamente en la seguridad del paciente.

Por otro lado, el hecho que la mayoría del equipo de salud tengan contrato por prestación de servicios puede generar poco interés en participar en las estrategias por parte de la institución en cuanto al fortalecimiento de la seguridad del paciente en el servicio de cirugía. (ver tabla 2).

**Tabla 2. Características laborales del equipo de salud del servicio de cirugía sujeto de estudio (n=56).**

<b>CARCATERÍSTICAS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de contrato</b>		
-Prestación de servicios	49	87 %
- Planta	1	2%
-Docencia – servicio	6	11 %
<b>Trabaja en otra institución</b>		
-Si	17	30 %
-No	39	70%
<b>Experiencia en el servicio cx</b>		
-0-5 años	20	36 %
-6-10 años	15	28 %
-11-15 años	10	18%
-16-20 años	5	10%
-21-25 años	3	5%
-26-30 años	3	5 %
<b>Número de horas laborales al mes</b>		
-0-100 h	4	7%
-101-200 h	45	80 %
-201-300 h	7	12%
<b>Horas que duerme al día</b>		
-5-6	15	27 %
-7-8	23	41 %
-8-9	18	32 %
-+10	0	0%

Fuente: datos del estudio

Los protocolos en la asistencia sanitaria constituyen una herramienta útil en la práctica diaria ya que contribuyen a elevar la calidad de la atención, difundir y apropiar el conocimiento al identificar en la literatura médica la mejor evidencia científica que den respuesta a los múltiples problemas de salud desde la perspectiva científica y humanista<sup>63</sup>.

Por lo cual en el presente estudio se evidencio que la experiencia laboral que comprende el rango de 0 a 10 años 64 % influye en el cumplimiento de los protocolos por parte del personal de salud, aunque esto no garantiza que todo el personal con más años de experiencia cumpla al 100 % con los protocolos.

Luego de conocer las características laborales del equipo de salud, se evaluó por medio del instrumento desarrollado por los investigadores, los conocimientos y prácticas que implementan los trabajadores acerca de las actividades grupales e individuales que deben realizar teniendo en cuenta su desempeño laboral.

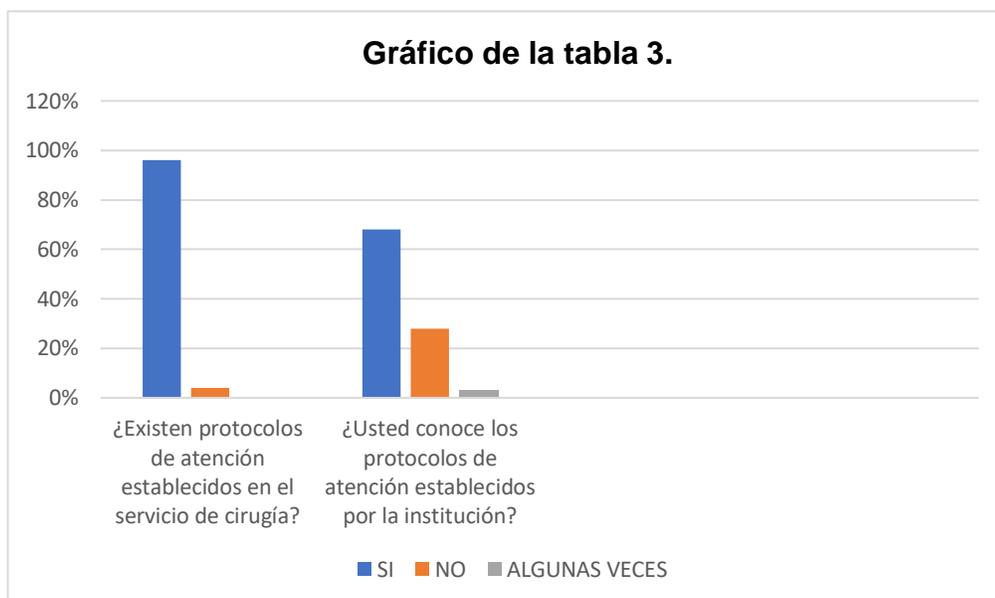
**Tabla 3. Evaluación de conocimientos y prácticas del equipo de salud en el servicio de cirugía (SPQ035) (n=56).**

	SI N (%)	NO N (%)	ALGUNAS VECES N (%)
1. ¿Existen protocolos de atención establecidos en el servicio de cirugía?	54 (96)	2 (4)	-
2. ¿Usted conoce los protocolos de atención establecidos por la institución?	38 (68)	16 (28)	2 (3)

Fuente: datos del estudio

<sup>63</sup> RECONDE SUÁREZ, D., PEÑA FIGUEREDO, M. Las regularidades teóricas de los protocolos de actuación de enfermería como resultado científico enfermero. 2019. Vol.13, No 2, P.1.En la web: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2019000200006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000200006)

**Gráfico 1. Evaluación de conocimientos y prácticas del equipo de salud en el servicio de cirugía (SPQ035) (n=56).**



Fuente: datos del estudio

Los resultados del estudio muestran que el 96% de los trabajadores conocen la existencia del protocolo para cirugía segura de la institución. Sin embargo, se pudo evidenciar que tienen una adecuada adherencia al mismo, ya que el 68% de los trabajadores conocen estos protocolos, cabe resaltar que el 28% de la población desconoce los protocolos establecidos por la institución. Acorde con esto, León et al., 2018, en su estudio encontró que el nivel de conocimiento del equipo de salud del área quirúrgica fue bueno en cuanto a la aplicación de listas de chequeo de seguridad del paciente en un 77%, aunque en el intraoperatorio disminuyó la adherencia de la aplicación de estas listas de chequeo<sup>64</sup>.

La adherencia del equipo de salud en cuanto a los protocolos establecidos permite que se disminuyan la aparición de eventos adversos prevenibles y que afecten la seguridad

<sup>64</sup> LEON, F. et al. Conocimiento e implementación de la seguridad del paciente quirúrgico en una institución pediátrica del sureste de México. horizonte sanitario. 2016, vol. 15, no 3, p. 7. Disponible en la web <<https://www.redalyc.org/pdf/4578/457848199007.pdf>>.

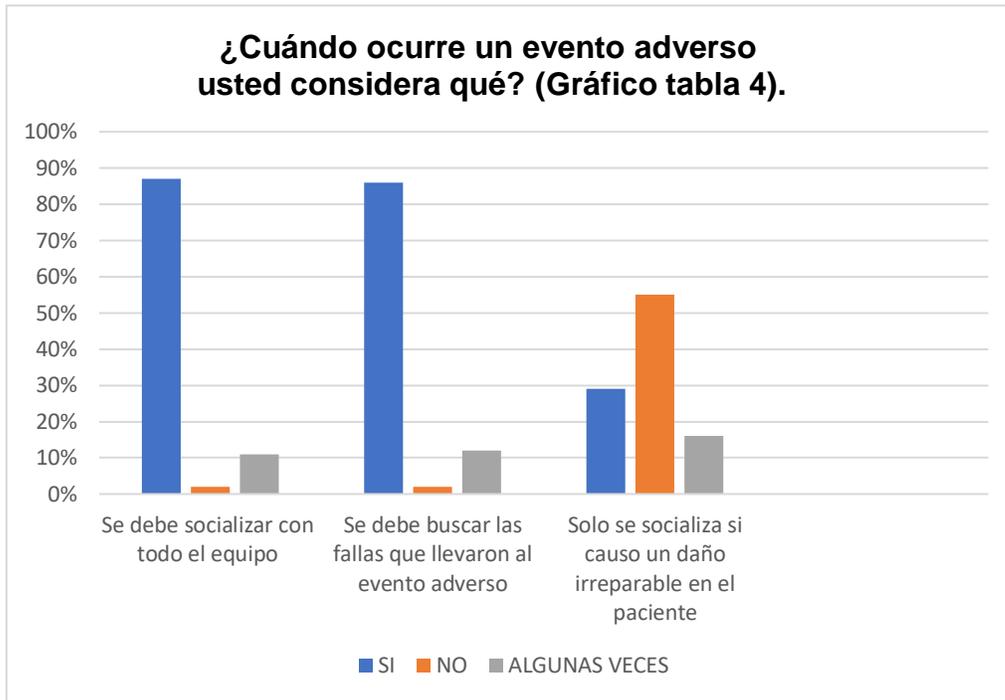
del paciente, además, orienta al equipo de salud al actuar de acuerdo a lo establecido en estos, garantizando una atención más segura.

**Tabla 4. Análisis y reporte de eventos adversos**

	<b>SI N (%)</b>	<b>NO N (%)</b>	<b>ALGUNAS VECES N (%)</b>
3. ¿Cuándo ocurre un evento adverso usted considera que?			
A) Se debe socializar con todo el equipo	49(87)	1 (2)	6 (11)
B) Se debe buscar las fallas que llevaron al evento adverso	48(86)	1 (2)	7 (12)
C) Solo se socializa si causo un daño irreparable en el paciente	16(29)	31(55)	9 (16)
4. Cuando ocurre un evento adverso en el servicio, ¿a quién se debe reportar?			
A. Jefe coordinadora seguridad del paciente	18(32)	24(43)	14 (25)
B. Director científico del hospital	47(84)	4 (7)	5 (9)
C. Jefe coordinadora de enfermería	18(32)	24(43)	14 (25)
D. No es necesario reportar los eventos adversos	42(75)	10(18)	4(7)

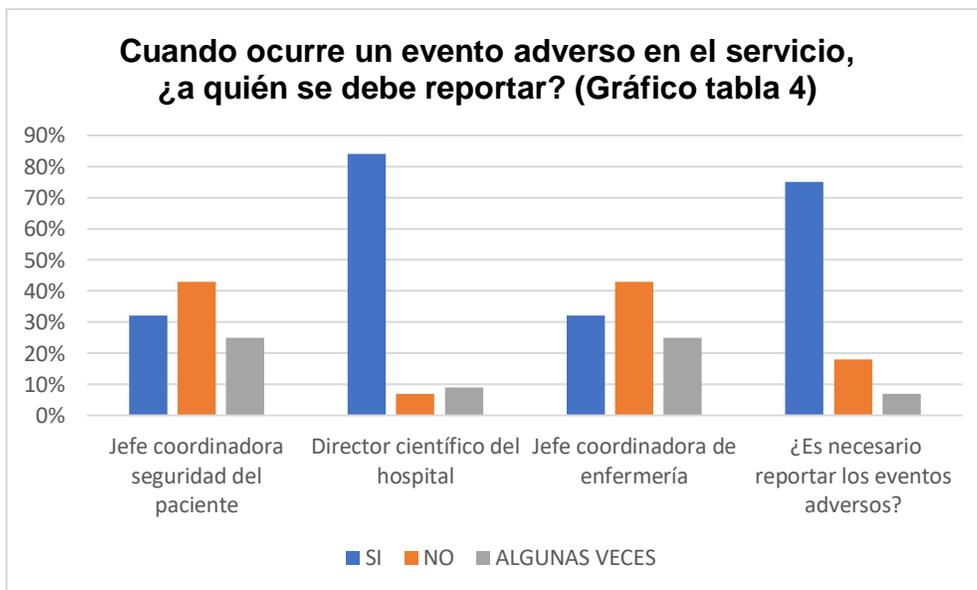
Fuente: datos del estudio

**Gráfico 2. Análisis de eventos adversos en el servicio de cirugía**



Fuente: datos del estudio

**Gráfico 3. Reporte de eventos adversos en el servicio de cirugía**



Fuente: datos del estudio

Además, el estudio encontró que el 29% de los encuestados consideró que solo se debe socializar los eventos adversos que causen daños irreparables al paciente; el 75% de la población considera que se deben reportar los eventos adversos, mientras que el 18% afirma que no es necesario reportar los eventos adversos. Además de tener poca claridad en cuanto a quienes se les debe reportar los eventos adversos que ocurran en el servicio de cirugía. De acuerdo con esto, Guerra et al.,2017, en su estudio encontraron que la notificación de eventos adversos estuvo permeada por vacíos de conocimiento, miedo al castigo y comunicación informal, generando subregistro<sup>65</sup>.

Estos resultados, reflejan el desconocimiento por parte del equipo de salud sobre la importancia del reporte de los eventos adversos, lo cual permite que se omita información importante sobre eventos que ocurran en el servicio, provocando que no se realice una intervención oportuna y se puedan establecer estrategias de mejora.

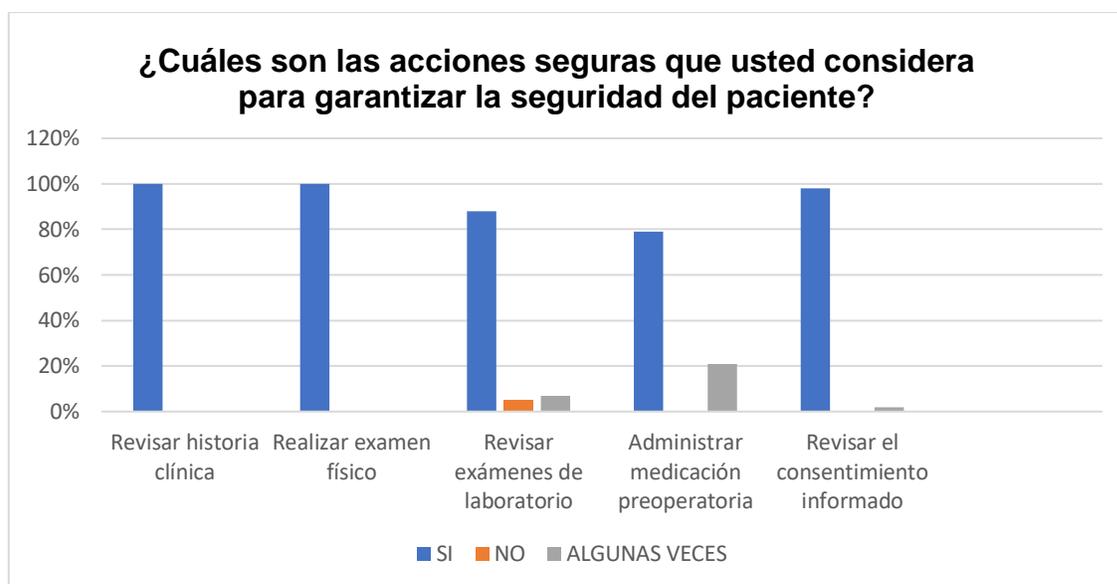
**Tabla 5. Acciones seguras para garantizar la seguridad del paciente**

ÍTEMS	SI N (%)	NO N (%)	ALGUNAS VECES N (%)
5. ¿Cuáles son las acciones seguras que usted considera para garantizar la seguridad del paciente?			
Revisar historia clínica	56 (100)	-	-
Realizar examen físico	56 (100)	-	-
Revisar exámenes de laboratorio	50 (88)	2 (5)	4 (7)
Administrar medicación preoperatoria	44 (79)	-	12 (21)
Revisar el consentimiento informado	55 (98)	-	1 (2)

Fuente: datos del estudio

<sup>65</sup> GUERRA, A. Et al. La práctica de informar eventos adversos en un hospital escuela. 2017, p. 4. Disponible en la web <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/TF3cXD3jQsggyrPvWCTW/Mcx/?format=pdf&lang=pt>>.

**Gráfico 4. Acciones seguras para garantizar la seguridad del paciente**



Fuente: datos del estudio

Mediante este estudio se evidenciaron las buenas prácticas por parte del equipo de salud del servicio de cirugía, en el cual indican los trabajadores acciones que se deben realizar, el 100% verifica la historia clínica del paciente, 100% realiza examen físico, 88% revisa exámenes de laboratorio, el 44% administra medicación preoperatoria en los casos que lo requieran y 98% verifican el consentimiento informado antes de cualquier procedimiento quirúrgico; teniendo en cuenta que en estas actividades no se incluye al personal de servicios generales, debido a que su función principal no está relacionada con los procesos asistenciales del equipo de salud.

En contraste con estos resultados, Castillo 2021 encontró en su estudio que en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura se obtuvo como resultado la

identificación del cumplimiento de las listas de verificación de cirugía segura en sus diferentes etapas preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio<sup>66</sup>.

Esto indica que estas buenas prácticas que aplica el equipo de salud es un indicativo importante que contribuye a la cultura de seguridad del paciente y permite disminuir los eventos adversos asociados a la condición clínica del paciente y su consentimiento ante los procesos quirúrgicos a los cuales se someten los usuarios del servicio de cirugía.

#### **4.3 ESTRATEGIAS ESTABLECIDAS POR LA INSTITUCIÓN PARA FORTALECER LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA**

Se diseñó una lista de verificación basada en la implementada por el Ministerio de Salud para verificar si la institución sujeto de estudio cumple o no cumple con las estrategias establecidas para fortalecer la seguridad del paciente en el servicio de cirugía. (Ver tabla 6).

**Tabla 6. Estrategias establecidas por la institución para fortalecer la seguridad del paciente en el servicio de cirugía**

<b>ÍTEMS</b>	<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>
<b>Protocolo de cirugía segura</b>	<b>X</b>	
<b>Capacitaciones al personal sobre seguridad del paciente</b>	<b>X</b>	
<b>Rondas diarias por parte de la coordinadora de seguridad del paciente en el servicio de cirugía</b>	<b>X</b>	
<b>Actividades educativas para el personal</b>	<b>X</b>	

<sup>66</sup> CASTILLO, Kevin. Aplicación sobre la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del área quirúrgica en el hospital Dr. José Garcés Rodríguez, 2020 – 2021. UPSE-TEN, 2021, p. 10. Disponible en la web <<https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/6073/1/UPSE-TEN-2021-0099.pdf>>.

<b>Identificación de riesgos del paciente</b>	<b>X</b>
<b>Reporte de eventos adversos por parte del personal</b>	<b>X</b>
<b>Protocolo para la higiene de manos desarrollado o adoptado por la institución y actualizado</b>	<b>X</b>
<b>Protocolo para la atención prioritaria a la gestante sin exponerla a demoras injustificadas y a trámites administrativos innecesarios</b>	<b>X</b>
<b>Protocolo de venopunción que incluye acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas</b>	<b>X</b>
<b>Materiales necesarios para realizar actividades y procedimientos como (venopunción, lavado de manos, identificación de pacientes, administración de medicamentos).</b>	<b>X</b>
<b>Implementación de listas de chequeo en los tres momentos (preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio)</b>	<b>X</b>

Fuente: Datos del estudio

En la institución se encuentra establecido el protocolo de cirugía segura para fortalecer la seguridad del paciente en los procedimientos quirúrgicos, desarrollando estrategias en las cuales se implementan capacitaciones al personal semanales, mensuales o cada dos meses acerca de temas que se han identificado fallas anteriormente por la jefe del servicio, coordinadora del servicio y coordinadora de seguridad del paciente, el periodo de implementación de las capacitaciones se realiza teniendo en cuenta el funcionamiento y eficacia del equipo de salud del servicio de cirugía, se interviene de manera directa el grupo responsable de los eventos o fallas sucedidas durante la atención del paciente y luego el equipo de cirugía en general.

Por lo cual, implementan acciones como la lista de chequeo que se aplica en los tres momentos establecidos por la institución, en el preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio, desarrollan actividades educativas acerca de lavado de manos, infecciones del sitio operatorio, infecciones asociadas a la atención en salud, circulación del personal en las áreas del quirófano e identificación del riesgo en los pacientes a intervenir.

También, establecen rondas de seguridad por parte de la coordinadora de seguridad del paciente, las cuales se realizan a diario con el fin de verificar y detectar a tiempo fallas o procesos que puedan conllevar a un evento adverso, realizando análisis de estos eventos cada mes, lo cual permite evaluación e intervención al evento adverso.

En la institución, el reporte de los eventos adversos se hace por medio de un enlace implementado por el equipo de seguridad del paciente y se notifican los eventos adversos sucedidos mensualmente, los más frecuentes en el servicio de cirugía son la flebitis química, inoportunidades, infecciones del sitio operatorio. Por otra parte, se evidencia que en la institución se presentan fallas en cuanto a la atención y el cumplimiento al protocolo para la atención prioritaria a la gestante sin exponerla a demoras injustificadas y a trámites administrativos innecesarios.

Desde el año 2019, se han venido implementando estrategias que permitan disminuir la presencia de estos eventos, en 2019 ocurrieron 193 eventos adversos en el servicio de cirugía, en el año 2020 ocurrieron 189 eventos adversos en el servicio de cirugía, en el año 2021 la presencia de eventos adversos fue de 80 durante todo el año en el servicio de cirugía, cifra que disminuyó dado que se cerraron los quirófanos por la contingencia del covid-19 solo se realizaban cirugías de urgencia, en el año 2022 hubo reapertura de los quirófanos nuevamente a todo tipo de cirugías, hasta la fecha Octubre 2022, van reportados 114 eventos adversos, a los que se les ha realizado intervenciones como

capacitaciones, educación y análisis del paso a paso para detectar las fallas presentadas por el equipo que contribuyeron a la ocurrencia del evento.

Según la política de seguridad del paciente del Ministerio de Salud, la institución donde se realizó el presente estudio cumple con los lineamientos establecidos para garantizar la seguridad del paciente, como la identificación y análisis de los eventos adversos y los incidentes, para identificar sus causas y las acciones para intervenirlos<sup>67</sup>. De manera que a partir del análisis causal se deben diseñar e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención.

Algunas de las prácticas seguras que utilizan las instituciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso, son programas para evitar las caídas de pacientes, acciones dirigidas para garantizar una atención limpia en salud, barreras de seguridad en la utilización de tecnologías para educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente, crear o fomentar un entorno seguro de la atención<sup>68</sup>.

---

<sup>67</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Óp. Cit., p. 23-26.

<sup>68</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Óp. Cit., p. 20-21.

## 5. CONCLUSIONES

- El equipo de salud del servicio de cirugía se caracteriza por ser una población adulta, la mayor proporción son de género femenino. El personal de enfermería y de médicos cirujanos ocupan la mayor parte de la población.
- Los factores contributivos relacionados con las características laborales del personal que favorecen a la aparición de acciones inseguras o fallas latentes, tienen que ver con que la mayoría de los especialistas trabajan en otras instituciones, además de ser esta población la que duerme menos horas al día. Igualmente, el poco conocimiento y falta de adherencia por parte del equipo de salud de los protocolos para el reporte y la socialización de los eventos adversos establecidos por la institución.
- Según la normatividad vigente en Colombia según la ley 269 de 1996<sup>69</sup>, la cual estipula que el máximo de horas laborales al mes es de 264 para cada trabajador, lo cual evidencia que no existe sobrecarga laboral en el personal asistencial de la institución.
- En el presente estudio se evidencio que la experiencia laboral que comprende el rango de 0 a 10 años 64 % influye en el cumplimiento de los protocolos por parte del personal de salud, aunque esto no garantiza que todo el personal con más años de experiencia cumpla al 100 % con los protocolos.

---

<sup>69</sup> CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 269 DE 1996. Por la cual se regula parcialmente el artículo 2 de la Constitución Política, en relación con quienes prestan servicios de salud en las entidades de derecho público. Bogotá: 1996. p. 1. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=27940#:~:text=Establece%20que%20el%20personal%20asistencial,exceder%20semanalmente%20de%2066%20horas.>

## **6. RECOMENDACIONES**

### **A la institución de salud**

- Realizar mantenimiento de manera oportuna a los puntos de lavado de manos en el servicio de cirugía.
- Contratar talento humano (enfermera jefe), para continuar la atención de enfermería en los turnos de la noche y fines de semana.
- Verificar la aplicación de las listas de chequeo por parte del equipo de salud.

### **Al Programa de Seguridad del paciente**

- Continuar con la implementación de rondas diarias de seguridad para mantener buenos procesos y detectar las fallas en momentos oportunos.
- Mantener actualizados a los trabajadores según las nuevas políticas y protocolos establecidos por el Ministerio de Salud.
- Explicar rutinariamente al personal, la importancia de la implementación de listas de chequeo en sus tres momentos.

### **Al equipo de salud**

- Adherencia a los protocolos de cirugía segura establecidos en la institución
- Fortalecer la seguridad del paciente por medio de estrategias que sensibilicen al personal de salud

- Establecer pausas activas al personal de cirugía después de realizar los procedimientos quirúrgicos
- Evaluar por parte de la jefe del servicio las fallas o acciones inseguras que se hayan presentado durante el turno y socializarlas con el equipo

### **Al programa de enfermería de la Universidad de Córdoba**

- Implementación de directores para trabajo de grado desde séptimo semestre.
- Crear una línea de investigación sobre seguridad del paciente en las instituciones prestadoras de salud del departamento de Córdoba.
- Incentivar a los estudiantes de enfermería de semestres inferiores a continuar con la investigación en enfermería.

## BIBLIOGRAFÍA

BATISTA. Josemar, BORGES BRANDÃO. Marilise, DREHMER DE ALMEIDA CRUZ. Elaine, PARREIRA DA SILVA. Danieli, CARMEN SILVIA. Gabriel, TAPOROSKY ALPENDRE. Francine. Diferenças entre profissionais de enfermagem e medicina acerca da cultura de segurança do paciente cirúrgico. En: Enfermería Global. 2, julio, 2021.vol.20, no. P.86-126. En la web: <https://doi.org/10.6018/eglobal.441571>

BORROTO GARCÍA, Luis Enrique, MUSTELIER DUANES, Yaquelin. Intervenciones de enfermería en pacientes con cirugía ambulatoria de enfermedades anorrectales. *revista cubana de enfermería*, 34(1),14. (2018). En la web: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1463/340>

BORNEO CANTALICIO, Eler. Vinculación laboral y cultura de seguridad del paciente de un centro de salud de Huánuco. En: Revista peruana de ciencias de la salud, Julio, 2019, vol. 1. no. 3. p. 141. Disponible en: <https://doi.org/10.37711/rpcs.2019.1.3.26>

CARVALHO MOTA, Ana Sofía, MENDES CASTILHO, Amélia Filomena, FERREIRA PEREIRA, Maria Manuela. Ambiente de prática e a segurança do docente no bloco operatório: dimensões preditoras. *Cogitare Enfermagem*, (2021). P. 26. En la web: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.82289>

COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Seguridad del paciente. Noviembre. 2008. Política de Seguridad del Paciente. Bogotá DC. P. 1 – 49. En la web: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>

CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004. Disponible en la web [https://www.mineducacion.gov.co/1759/articulos-105034\\_archivo\\_pdf.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1759/articulos-105034_archivo_pdf.pdf)

COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL & UNIVERSIDAD CES. 2010. Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Calidad de la atención en salud Seguridad del Paciente. Bogotá DC. P. 101. en la web: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

CHÁVEZ REYES, Maria Teresa, CONILL LINARES, Emilia, GARCÍA NARANJO, Juan Luis, SÁNCHEZ, Omar Medardo Martin, SUÁREZ CHÁVEZ, Melisa. Riesgos de la atención de enfermería en el quirófano del hospital provincial de Cabinda. En: Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 23(2), 331–340, marzo-abril, 2019, vol. 23. no. 2,. p. 331. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3829>

CALZADO SÁNCHEZ, Elvira, COMPAÑ-ROSIQUE, Antonio Fernando, GARCÍA PÉREZ, M, GEA-VELÁZQUEZ DE CASTRO, María Teresa, MASOT PÉREZ, JM, MELLA LABORDE, Mario, MORALES CALDERÓN, Miguel. Cómo gestionar el riesgo en el área quirúrgica. Análisis modal de fallos y efectos quirúrgicos Cómo gestionar el riesgo en el área quirúrgica. Un análisis modal de fallas y efectos quirúrgicos. En: Revista Journal of Healthcare Quality Research, septiembre-octubre, 2019, vol. 34. no. 5. p. 233. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.06.001>

CASTILLO, Kevin. Aplicación sobre la lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería del área quirúrgica en el hospital Dr. José Garcés Rodríguez, 2020 – 2021. UPSE-TEN, 2021, p. 10. Disponible en la web <<https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/6073/1/UPSE-TEN-2021-0099.pdf>>.

CRUZ RIVEROS, Jhonny y VELOZA MORALES, Martha Cecilia. La seguridad del paciente en un hospital de Bogotá, percepción del profesional de Enfermería. En: Revista Investigaciones Andina, Abril-Junio, 2019, vol. 21. no. 39,. p. 12. Disponible en: <https://doi.org/10.33132/01248146.1552>

DESCRIPTORES EN CIENCIAS DE LA SALUD. Cirugía. DeCS [página web]. [Consultado el 25, noviembre, 2022]. Disponible en Internet: <[https://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?lslsScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&previous\\_page=homepage&task=exact\\_term&interface\\_language=e&search\\_language=e&search\\_exp=Ciruga%20General](https://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/?lslsScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&previous_page=homepage&task=exact_term&interface_language=e&search_language=e&search_exp=Ciruga%20General)>.

DE LA CRUZ GARCÍA, Carmen; VICENTE RUÍZ María Asunción y León, Mirta Félix. Conocimiento e implementación de la seguridad del paciente quirúrgico en una institución pediátrica DEL SURESTE DE MÉXICO. En: Revista Horizonte Sanitario, Septiembre, 2016, vol. 15. no. 3,. p. <https://www.redalyc.org/pdf/4578/457848199007.pdf>

FONSECA MESA, Dairon Alexander; SERPA PEREZ, Piedad Cecilia y ARIAS BOTERO, José Hugo. Clima de seguridad del paciente en cuatro servicios quirúrgicos de Santander. En: Salud UIS, Marzo, 2021, vol. 53. no. 1. Disponible en: <https://doi.org/10.18273/saluduis.53.e:21006>

GUERRA, A. Et al. La práctica de informar eventos adversos en un hospital escuela. 2017, p. 4. Disponible en la web <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/TF3cXD3jQsqgyrPvWCTWMcx/?format=pdf&lang=pt>.

MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos, Bogotá DC. P. 1-107, en la web: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-procesos-quirurgicos.pdf>

REPÚBLICA DE COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD. Seguridad del paciente. Noviembre, 2008. Política de Seguridad del Paciente. Bogotá DC. P. 1 – 52. En la web: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución número 8430 de 1993, Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Disponible en la web <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

RECONDE SUÁREZ, DEIMY., PEÑA FIGUEREDO, MARÍA DE LOS ANGELES. Las regularidades teóricas de los protocolos de actuación de enfermería como resultado científico enfermero. 2019. Vol.13, No 2, P.1. En la web: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2019000200006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000200006)

SEPÚLVEDA PLATA, Marta Cecilia; LÓPEZ ROMERO, Luis Alberto y GONZÁLEZ, Sandra Beatriz. Cumplimiento de la lista de verificación de seguridad de la cirugía en un hospital de Santander. Un estudio de corte trasversal. En: Revista Cuidarte, Octubre, 2021, vol. 12. no. 3,. p. 2. Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/2122/2361>

SILLERO SILLERO, Amalia y ZABALEGUI, Adelaida. Segurança e satisfação de pacientes com os cuidados de enfermeros no perioperatório. En: Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2019, vol. 27. p. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2646.3142>

## ANEXOS

## Anexo A. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Autores/Año/Lugar	Titulo	Objetivo	Teoría	Tipo de estudio	Resultados principales	Conclusiones
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ María Teresa Chávez Reyes Et al</li> </ul> <p>Año 2019 Hospital Provincial de Cabinda</p>	Riesgos en Enfermería en salón de operaciones del hospital provincial de Cabinda	Determinar la existencia de riesgos y su manejo en la sala de operaciones del hospital de Cabinda en el periodo marzo a mayo de 2017	No aplica	estudio descriptivo prospectivo	Se identificaron riesgos administrativos, médicos y biológicos, relacionados con los métodos de desinfección, la permanencia de las puertas abiertas, recolección de los residuos	Se concluyó que no existió una estrategia administrativa encaminada a disminuir los riesgos y elevar la seguridad del paciente que será intervenido en el quirófano.
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Amalia Sillero etc.</li> <li>➤ Adelaida Zabalegui</li> </ul> <p>Año 2019 hospital de tercer nivel en España</p>	Seguridad y satisfacción del paciente con los cuidados de enfermeros en el perioperatorio	investigar la seguridad y la satisfacción de los pacientes y su relación con el cuidado de los enfermeros en el perioperatorio	No aplica	estudio multinivel, transversal, correlacional	Un 38% de los pacientes intervenidos sufrieron un evento adverso, mientras que el cuidado del enfermero en el postoperatorio fue positivo	Se concluyó que se observa aumento de los eventos adversos cuando los enfermeros tienen insatisfacción en el trabajo, menor compromiso profesional y baja disponibilidad para participar en las actividades de servicio.

<p>➤ M Mella Laborde Año 2019 hospital universitario de tercer nivel en España</p>	<p>Cómo gestionar el riesgo es El área quirúrgica. Análisis modal de fallos y efectos quirúrgicos</p>	<p>establecer medidas preventivas para evitar que se produzcan eventos adversos en el área quirúrgica</p>	<p>No aplica</p>	<p>análisis modal de fallos y efectos</p>	<p>identificaron los riesgos potenciales para el paciente en el preoperatorio y en la intervención quirúrgica, el resultado que arrojó fue que el 42.6% de los eventos adversos son prevenibles</p>	<p>Concluye que se desarrollara un mapa de riesgo que permitiera mejorar la seguridad del paciente en área quirúrgica y la formación educativa del personal es la clave para el mejoramiento .</p>
<p>➤ Jhonny Walit Cruz Riveros ➤ Martha Cecilia Veloza Morales Año 2019 hospital de Bogotá Colombia</p>	<p>La seguridad del paciente en un hospital de Bogotá, percepción del profesional de enfermería</p>	<p>Evaluar la percepción del clima de seguridad del paciente en enfermeros que laboran en una unidad de atención de salud en Bogotá</p>	<p>No aplica</p>	<p>Estudio transversal</p>	<p>La aplicación de un cuestionario elaborado por Agency for Health Care Research and Quality se aplicó en 43 enfermeros, las dimensiones que tuvieron mayor coeficiente fue la de notificación de eventos, trabajo en equipo sin embargo sigue habiendo falencias al momento de cambio de turnos.</p>	<p>Concluyeron que para alcanzar niveles aceptables de cultura de seguridad del paciente es necesario recurrir al método científico porque ayuda a definir y comprender los problemas asociados con la ocurrencia de fallas y errores que afectan la</p>

						atención del paciente
<p>➤ Eler Borneo Cantalicio</p> <p>Año 2019</p> <p>Universidad de Huánuco Perú</p>	Vinculación laboral y cultura de seguridad del paciente de un centro de salud de Huánuco	Determinar la relación entre la vinculación laboral y la cultura de seguridad del paciente	No aplica	estudio de diseño correlacional	Empleo un cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en 51 trabajadores de salud dando como resultado que el 62,7% presentaron vinculación laboral muy alto y el 86,3 % tuvieron cultura de seguridad del paciente de nivel medio	Lo cual concluyó que la vinculación laboral tuvo relación con la cultura de seguridad del paciente en personal de salud del Centro de Salud Aparicio Pomares de Huánuco
<p>➤ Andreia Castro de Sousa Francia Et al</p> <p>Año 2020</p> <p>Clínicas médicas y quirúrgicas de dos hospitales del interior del estado de Maranhão, Brasil</p>	Evaluación del clima de seguridad del paciente entre profesionales de enfermería	Evaluar el clima de seguridad desde la perspectiva de los profesionales del equipo de enfermería que actúan en las clínicas médicas y quirúrgicas de los hospitales del interior del estado de Maranhao, Brasil, después de realizar un entrenamiento sobre seguridad del paciente.	No aplica	Estudio cuantitativo	En una escala con un puntaje máximo de 100% y un puntaje aceptable de 75%, el puntaje final fue de 58,75% en Açailândia y 60,43% en Emperatriz, que se consideran bajos	se concluyó que había serias deficiencias en el clima de seguridad con puntajes por debajo de 75%, viéndose en la necesidad de implementación efectiva de protocolos de seguridad del paciente
<p>➤ Ariel P Ramos et al</p>	Implementación del listado de	Implementar la lista de	No aplica	Estudio observacional,	Hubo 183 errores de un total de 158 cirugías programadas. La	se deben promover

Año 2020 Hospital Universitario en Argentina	verificación preoperatorio de enfermería para cirugía segura	verificación preoperatoria de enfermería para disminuir los errores en el ingreso de pacientes a quirófanos.		exploratorio, longitudinal prospectivo con análisis retrospectivo	falla más frecuente fue el ingreso de pacientes con ropa interior o ropa de cama en 59 (32,2%), seguido por falta de gorro o cofia en 22 (12%), e ingreso de pacientes con prótesis dental en 21 (11,5%).	acciones específicas para que los equipos quirúrgicos alcancen de forma sistemática las medidas de seguridad esenciales sin poner en riesgo la vida y bienestar de los pacientes quirúrgicos
➤ Liset Pérez Bolaños Año 2020 Habana Cuba	Percepción de enfermería. Una mirada actual a la cultura de seguridad en el quirófano	caracterizar la cultura de seguridad del paciente desde la percepción de los profesionales de enfermería de quirófano	No aplica	Estudio descriptivo transversal	El 100 % de los encuestados calificó de positivo el grado global de seguridad. Como fortaleza se destacan las dimensiones	Se pudo deducir que el personal de enfermería que labora en estas unidades quirúrgicas percibe un buen clima de seguridad del paciente.
➤ Yeny Larico Peralta ➤ Marzy Liliana Rojas Itucayasi. Año 2021  Centro Quirúrgico Del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Perú.	Cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal de enfermería	Determinar la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal de enfermería	No aplica	Estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo, transversal	La mejor característica en las enfermeras fue el contacto con el paciente y la seguridad brindada en (92 %)	Se concluyó que cultura de seguridad a nivel del hospital es el aprendizaje organizacion al positivo
➤ Josemar Batista Et al	Diferenças entre profissionais de enfermagem e	Percepción de la cultura de seguridad del	No aplica	Estudio transversal	Se evidenció debilidad en la cultura de seguridad del paciente con 23,9% y 13,9%,	Se concluyó que, entre las dos

<p>Año 2021</p> <p>Cinco unidades de hospitalización quirúrgica y un centro quirúrgico de un hospital federal de enseñanza en Paraná en Brasil</p>	<p>medicina acerca da cultura de segurança do paciente cirúrgico</p>	<p>paciente quirúrgico difiere entre los profesionales médicos y de enfermería que actúan en una institución educativa pública brasileña</p>			<p>respectivamente, enfermería y medicina. entre</p>	<p>categorías profesionales , con respuestas más positivas de enfermería se exige promover acciones para fortalecer la seguridad del paciente quirúrgico en ambos grupos profesionales</p>
<p>➤ Diana Cristina Navarro Rodríguez Et al</p> <p>Año 2021 Hospital público de Aguas calientes, México</p>	<p>Cultura de seguridad del paciente por peroperatoria en un hospital público de Aguascalientes</p>	<p>Describir la cultura de seguridad del paciente por enfermería peroperatoria en un hospital público de Aguascalientes</p>	<p>No aplica</p>	<p>Estudio descriptivo y transversal</p>	<p>El aprendizaje organizacional mostró 57.7% de respuestas positivas. Las dimensiones restantes tuvieron respuestas neutras. El grado de seguridad del paciente fue <math>\mu d = 8.0</math>. El grado de cultura de seguridad del paciente fue <math>\mu d = 133.0</math> puntos. Existió buena cultura en el 73% de los casos.</p>	<p>La cultura de seguridad del paciente fue buena. El turno vespertino registró mayor cultura de seguridad del paciente.</p>
<p>➤ Ana Sofia de Carvalho Mota</p> <p>➤ Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castillo</p> <p>➤ Maria Manuela Ferreira Pereira Martins</p> <p>Año 2021 Hospitales de Portugal</p>	<p>Ambiente de trabajo y la seguridad del paciente en el quirófano: dimensiones predictivas</p>	<p>Identificar el ambiente de trabajo percibido por enfermeras perioperatorias y determinar las dimensiones del ambiente de trabajo que predicen la seguridad del paciente</p>	<p>No aplica</p>	<p>estudio descriptivo y explicativo</p>	<p>El promedio global del ambiente de práctica indica su clasificación como desfavorable, destacándose la dimensión "Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado".</p>	<p>estudio mostró la influencia del ambiente de trabajo en la seguridad del paciente en el contexto perioperatorio o y la necesidad de introducir mejoras</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Martha Cecilia Sepúlveda Plata</li> <li>➤ Luis Alberto López Romero</li> <li>➤ Sandra Beatriz González</li> </ul> <p>Año 2021 Hospital de Santander Colombia</p>	<p>Cumplimiento de la lista de verificación de seguridad de la cirugía en un hospital De Santander. Un estudio de corte trasversal</p>	<p>determinar el nivel de cumplimiento en la aplicación de la "lista de verificación de seguridad de la cirugía en personal de sala quirúrgica de una institución pública"</p>	<p>No aplica</p>	<p>estudio de corte trasversal</p>	<p>El cumplimiento global fue del 13.3%. un resultado muy bajo dado que el nivel esperado inicialmente era de 60% de cumplimiento, determinando que hay una pobre seguridad del paciente quirúrgico</p>	<p>El cumplimiento general a la lista de chequeo fue muy bajo, con comportamientos diferenciales al ser las instrumentadoras quirúrgicas las que presentaron mayor cumplimiento y el personal de enfermería el menor.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Juan Domingo Reyes Luna</li> <li>➤ Olivia Sanhueza Alvarado</li> </ul> <p>Año 2021 Chile</p>	<p>Percepciones de profesionales de Enfermería y pacientes adultos en el proceso quirúrgico</p>	<p>Conocer las percepciones del profesional de Enfermería y del paciente adulto a lo largo del proceso quirúrgico.</p>	<p>No aplica</p>	<p>Estudio cualitativo</p>	<p>Se seleccionaron 22 artículos, que constataron cuatro dimensiones o áreas sobre las percepciones del paciente y de la enfermera del proceso quirúrgico: periodo preoperatorio, periodo post-operatorio, relación enfermera-paciente, seguridad.</p>	<p>Es importante que el equipo de salud identifique cada una de estas áreas. Al indagar en las percepciones de profesionales y pacientes se constató que las enfermeras consideran a la persona que será intervenida quirúrgicamente</p>

						nte como un todo, único e individual, lo cual le permite orientar su rol de gestor del cuidado en todo el proceso operatorio.
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dairon Alexander Fonseca Mesa</li> <li>➤ Piedad Cecilia Serpa Pérez</li> <li>➤ Jose Hugo Arias-Botero</li> </ul> <p>Año 2021 cuatro instituciones de salud de Santander</p>	Clima de seguridad del paciente en cuatro servicios quirúrgicos de Santander	Caracterizar el clima de seguridad en los servicios quirúrgicos de cuatro instituciones de salud de Santander	No aplica	Estudio observacional de corte transversal	Se aplicó la encuesta Hospital Survey on Patient Safety desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality, validada para servicios quirúrgicos en Colombia a 164 trabajadores que dio como resultado que las dimensiones con mayor percepción positiva fueron prácticas seguras (84%)	que la percepción sobre clima seguridad en general es considerada positiva, aunque existen oportunidades de mejora
<ul style="list-style-type: none"> <li>• M Mella Laborde</li> <li>• Año 2019</li> <li>• hospital universitario de tercer nivel en España</li> </ul>	Cómo gestionar el riesgo en El área quirúrgica. Análisis modal de fallos y efectos quirúrgicos	establecer medidas preventivas para evitar que se produzcan eventos adversos en el área quirúrgica	análisis modal de fallos y efectos	identificaron los riesgos potenciales para el paciente en el preoperatorio y en la intervención quirúrgica, el resultado que arrojó fue que el 42.6% de los eventos adversos son prevenibles	No Aplica	Concluye que se desarrollara un mapa de riesgo que permitiera mejorar la seguridad del paciente en área quirúrgica y la formación educativa del personal es la clave para el mejoramiento.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eler Borneo Cantalicio</li> <li>• Año 2019</li> <li>• Huánuco Perú</li> </ul>	<p>Vinculación laboral y cultura de seguridad del paciente de un centro de salud de Huánuco</p>	<p>Determinar la relación entre la vinculación laboral y la cultura de seguridad del paciente</p>	<p>estudio de diseño correlacional</p>	<p>Empleo un cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en 51 trabajadores de salud dando como resultado que el 62,7% presentaron vinculación laboral muy alto y el 86,3 % tuvieron cultura de seguridad del paciente de nivel medio</p>	<p>No Aplica</p>	<p>lo cual concluyo que la vinculación laboral tuvo relación con la cultura de seguridad del paciente en personal de salud del Centro de Salud Aparicio Pomares de Huánuco</p>
--	---	---	--	--	------------------	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amalia Sillero - Adelaida Zabalegui</li> <li>• Año 2019</li> <li>• hospital de tercer nivel en España</li> </ul>	Seguridad y satisfacción del paciente con los cuidados de enfermeros en el perioperatorio	investigar la seguridad y la satisfacción de los pacientes y su relación con el cuidado de los enfermeros en el perioperatorio	estudio multinivel, transversal, correlacional	Un 38% de los pacientes intervenidos sufrieron un evento adverso, mientras que el cuidado del enfermero en el postoperatorio fue positivo	No Aplica	Se concluyó que se observa un aumento de los eventos adversos cuando los enfermeros tienen insatisfacción en el trabajo, menor compromiso profesional y baja disponibilidad para participar en las actividades de servicio.
---	---	--	--	---	-----------	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jhonny Walit Cruz Riveros - Martha Cecilia Veloza Morales</li> <li>• Año 2019</li> <li>• hospital de Bogotá Colombia</li> </ul>	<p>La seguridad del paciente en un hospital de Bogotá, percepción del profesional de enfermería</p>	<p>Evaluar la percepción del clima de seguridad del paciente en enfermeros que laboran en una unidad de atención de salud en Bogotá</p>	<p>Estudio transversal</p>	<p>La aplicación de un cuestionario elaborado por Agency for Health Care Research and Quality se aplicó en 43 enfermeros, las dimensiones que tuvieron mayor coeficiente fue la de notificación de eventos, trabajo en equipo sin embargo sigue habiendo falencias al momento de cambio de turnos.</p>	<p>No Aplica</p>	<p>Concluyeron que para alcanzar niveles aceptables de cultura de seguridad del paciente es necesario recurrir al método científico porque ayuda a definir y comprender los problemas asociados con la ocurrencia de fallas y errores que afectan la atención del paciente</p>
--	---	---	----------------------------	--	------------------	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Juan Domingo Reyes Luna - Olivia Sanhueza Alvarado</li> <li>• Año 2021</li> <li>• Chile</li> </ul>	<p>Percepciones de profesionales de Enfermería y pacientes adultos en el proceso quirúrgico</p>	<p>Conocer las percepciones del profesional de Enfermería y del paciente adulto a lo largo del proceso quirúrgico.</p>	<p>Estudio cualitativo</p>	<p>Se seleccionaron 22 artículos, que constataron cuatro dimensiones o áreas sobre las percepciones del paciente y de la enfermera del proceso quirúrgico: periodo preoperatorio, periodo postoperatorio, relación enfermera-paciente, seguridad.</p>	<p>No Aplica</p>	<p>Es importante que el equipo de salud identifique cada una de estas áreas. Al indagar en las percepciones de profesionales y pacientes se constató que las enfermeras consideran a la persona que será intervenida quirúrgicamente como un todo, único e individual, lo cual le permite orientar su rol de gestor del cuidado en todo el proceso operatorio.</p>
---	---	--	----------------------------	---	------------------	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dairon Alexander Fonseca Mesa - Piedad Cecilia Serpa Pérez - José Hugo Arias-Botero</li> <li>• Año 2021</li> <li>• cuatro instituciones de salud de Santander</li> </ul>	<p>Clima de seguridad del paciente en cuatro servicios quirúrgicos de Santander</p>	<p>Caracterizar el clima de seguridad en los servicios quirúrgicos de cuatro instituciones de salud de Santander</p>	<p>Estudio observacional de corte transversal</p>	<p>Se aplicó la encuesta Hospital Survey on Patient Safety desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality, validada para servicios quirúrgicos en Colombia a 164 trabajadores que dio como resultado que las dimensiones con mayor percepción positiva fueron prácticas seguras (84%)</p>	<p>No Aplica</p>	<p>que la percepción sobre clima seguridad en general es considerada positiva, aunque existen oportunidades de mejora</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Martha Cecilia Sepúlveda Plata - Luis Alberto López Romero - Sandra Beatriz González</li> <li>• Año 2021</li> <li>• Hospital de Santander Colombia</li> </ul>	<p>Cumplimiento de la lista de verificación de seguridad de la cirugía en un hospital De Santander. Un estudio de corte trasversal</p>	<p>determinar el nivel de cumplimiento en la aplicación de la "lista de verificación de seguridad de la cirugía en personal de sala quirúrgica de una institución pública"</p>	<p>estudio de corte transversal</p>	<p>El cumplimiento global fue del 13.3%. un resultado muy bajo dado que el nivel esperado inicialmente era de 60% de cumplimiento, determinando que hay una pobre seguridad del paciente quirúrgico</p>	<p>No Aplica</p>	<p>El cumplimiento general a la lista de chequeo fue muy bajo, con comportamientos diferenciales al ser las instrumentadoras quirúrgicas las que presentaron mayor cumplimiento y el personal de enfermería el menor.</p>

**ANEXO B. CUESTIONARIO SOBRE CARACTERISTICAS  
SOCIODEMOGRAFICAS DEL EQUIPO DE SALUD**

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Sexo: \_\_\_\_\_
3. Profesión: \_\_\_\_\_
4. Estado civil: \_\_\_\_\_
5. ¿Número de horas que duerme al día? \_\_\_\_\_
6. ¿Tiempo libre sin cargas domesticas? \_\_\_\_\_
7. ¿Cuántos años tiene de experiencia en el servicio quirúrgico?  
\_\_\_\_\_
8. ¿Tipo de contrato? \_\_\_\_\_
9. ¿Número de horas laborales al mes? \_\_\_\_\_
10. ¿Trabaja en otra institución? \_\_\_\_\_
11. ¿Número de capacitaciones sobre seguridad del paciente recibidas este  
año? \_\_\_\_\_

## ANEXO C. INSTRUMENTO PARA EVALUAR LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTES DEL EQUIPO DE SALUD EN CIRUGÍA

PREGUNTAS	SI	NO	ALGUNAS VECES	OBSERVACIONES
¿Existen protocolos de atención establecidos en el servicio de cirugía?				
¿Usted conoce los protocolos de atención establecidos por la institución?				
¿Cuándo ocurre un evento adverso usted considera que?				
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se debe socializar con todo el equipo</li> <li>2. Se debe buscar las fallas que llevaron al evento adverso</li> <li>3. No es necesario socializar</li> <li>4. Solo se socializa si causo un daño irreparable en el paciente</li> </ol>				
Quando ocurre un evento adverso en el servicio, ¿a quién se debe reportar?				
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jefe coordinadora seguridad del paciente</li> <li>2. Director científico del hospital</li> <li>3. Jefe coordinadora de enfermería</li> <li>4. No es necesario reportar los eventos adversos</li> </ol>				
¿Cuáles son las acciones seguras que usted considera que se deben realizar para garantizar la seguridad del paciente?				
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisar historia clínica</li> <li>2. Realizar examen físico</li> <li>3. Revisar exámenes de laboratorio</li> <li>4. Administrar medicación preoperatoria</li> <li>5. Revisar el consentimiento informado</li> </ol>				

## Anexo D. AVAL INSTITUCIONAL.



**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA**  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA



Montería, 7 de septiembre 2022

Doctor  
**LUIS FERNANDO GARCIA SILDARRIAGA**  
Subdirector científico ESE Hospital San Jerónimo

Ref. Aval institucional para la realización del proyecto de investigación como opción de trabajo de grado.

Cordial saludo

De manera atenta me dirijo a usted con el fin de solicitar en el marco de la relación de docencia servicio el aval institucional para la realización del proyecto de investigación titulado BUENAS PRACTICAS DEL EQUIPO DE SALUD PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN UNA INSTITUCION DE SALUD MONTERIA 2022 desarrollado por los estudiantes de Enfermería de la Universidad de Córdoba Cuadrado Peña Elkin Jesus, Hoyos Lázaro Yulíeth Andrea, Palomino Ruiz Jhosep Esteban, como trabajo de grado bajo la dirección de la docente Claudia Ramos Lafont

La recolección de la información será realizada por las estudiantes mediante la aplicación de un cuestionario de características sociodemográficas y la metodología del protocolo de Londres.

De acuerdo con la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas para la investigación en seres humanos, la investigación fue clasificada en la categoría sin riesgo teniendo en cuenta que se emplean técnicas y métodos de investigación documental y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran las entrevistas y cuestionarios en los que no se le identifica ni se tratan aspectos sensibles de la conducta

Esperamos contar con su apoyo para el desarrollo de esta investigación

Gracias por su atención

Atentamente:

*Eugenia Herrera G.*  
**EUGENIA HERRERA GUERRA**  
Coordinadora Trabajo de grado

Anexo Resumen del proyecto, consentimiento informado e instrumentos

*Septiembre 14/2022, pagado.*

*Luis Fernando Garcia S.*

*Por una universidad con calidad, moderna e incluyente*  
Carrera 8ª No 27-305 Montería NIT 891080031-3 - Teléfono 7860300 - 7860920  
[www.unicordoba.edu.co](http://www.unicordoba.edu.co)



## **Anexo E. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN**

**Título de la investigación:** BUENAS PRÁCTICAS DEL EQUIPO DE SALUD PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD. MONTERÍA 2022

Apreciado(a) equipo de salud, lo(a) invitamos a que diligencie la presente encuesta, cuyo objetivo es describir las buenas prácticas que realiza el equipo de salud para mejorar la seguridad del paciente en los procedimientos quirúrgicos en una institución de salud. Montería en el segundo semestre del 2022.

Su participación es voluntaria. La información que usted suministre servirá para evaluar cómo se llevan a cabo los procesos de seguridad del paciente en el servicio de cirugía, con el fin de fortalecer la atención segura, avanzar en el desarrollo de investigaciones que contribuyan al mejoramiento de la atención brindada a los usuarios que asisten al servicio de cirugía por parte del equipo de salud, el cuidado de la salud de la población para generar evidencia que sea implementada en la formulación de propuestas de mejoramiento en cuanto a la seguridad del paciente.

Los procedimientos que van a usarse son diligenciar unos instrumentos y su propósito es obtener información necesaria para el cumplimiento del objetivo del estudio. No representa ningún riesgo para usted y los beneficios que pueden obtenerse son fortalecer en el talento humano las acciones seguras que contribuyan al fortalecimiento de la seguridad del paciente en el servicio.

La información que usted nos suministre es confidencial y anónima, de tal forma que su nombre no será revelado en ninguna de las etapas de la investigación y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad. Al diligenciar el cuestionario usted da el consentimiento para utilizar la información únicamente con fines académicos e investigativo.

Usted tiene la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.

**Consentimiento:**

Sí acepto participar en este estudio con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

\_\_\_\_\_

Nombre del participante:

Firma:

Teléfono:

Fecha:

**Autores del estudio:**

CUADRADO PEÑA ELKIN JESÚS

HOYOS LÁZARO YULIETH ANDREA

PALOMINO RUÍZ JHOSEP ESTEBAN

**Directora del estudio:** CLAUDIA RAMOS LAFONT