



Universidad Abierta Interamericana

Licenciatura en Instrumentación Quirúrgica

Trabajo final

Tutora. Lic. Cona Vanesa

Sede Lomas de Zamora turno noche

Titulo. Licenciada en Instrumentación Quirúrgica

Vera Camila Andrea

Director. Basconcel Brian

Trabajo final de investigación “Cumplimiento de la lista
quirúrgica para minimización de eventos adversos”

Fecha. Noviembre 2020

Lomas de Zamora

INDICE GENERAL

Introducción.....	3
Tema.....	4
Formulación del problema.....	4
1. Objetivos.....	4
Objetivo general.....	4
Objetivos específicos.....	4
2. Marco teórico.....	7
Glosario.....	31
3. Diseño metodológico.....	34
Población y muestra.....	34
Unidad de análisis.....	34
Criterios de inclusión y exclusión.....	35
Operacionalización de las variables de estudio.....	37
Procedimientos para recolectar datos.....	35
Procedimientos para la interpretación de los datos.....	36
4. Presentación, análisis e interpretación de los datos.....	45
Tablas y gráficos.....	45
Conclusión.....	77
Bibliografía.....	78
Anexos.....	79

Introducción

El objetivo de esta investigación es determinar la relación que existe entre la aplicación del check list por el instrumentador quirúrgico y la seguridad del paciente. Para lograr lo propuesto, fue necesario realizar una revisión bibliográfica sobre diferentes autores y diferentes fuentes, en el tema de la importancia de promover la aplicación del check list y brindar una cirugía segura al paciente, para reducir y prevenir los riesgos asociados a dicho procedimiento.

Así mismo lo que se busca es generar una herramienta a disposición de los miembros de los equipos quirúrgicos para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables. El resultado tiene como objetivo reforzar las prácticas seguras reconocidas y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo.

Tema: Cumplimiento del check list quirúrgico para minimizar eventos adversos

Formulación del problema

¿De qué manera los instrumentadores quirúrgicos cumplen con la lista de chequeos para minimización de eventos quirúrgicos adversos en una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020?

Objetivos

Objetivo general: Analizar de qué manera los instrumentadores quirúrgicos cumplen con la lista de chequeos para minimización de eventos quirúrgicos adversos en una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020.

Objetivos específicos

- Identificar la relación existente entre el cumplimiento del check list y la seguridad del paciente en el preoperatorio - intra - post operatorio
- Conocer si los Instrumentadores quirúrgicos notifican posibles fallas relacionadas con equipos e instrumental
- Chequear datos de cada paciente, ya sea identidad, procedimiento a realizar y/o sitio quirúrgico
- Identificar cómo se realiza la preparación del paciente previo a cada cirugía
- Prever eventos que puedan desencadenar una suspensión del procedimiento quirúrgico

Marco teórico

El evento adverso transoperatorio va de la mano con las causas que mas adelante van a provocar su origen, asociadas principalmente a deficiencias del equipo quirúrgico o a procesos transoperatorios que no funcionan de forma correcta, por lo tanto, es fundamental la verificación de la lista de chequeos para prevenir daños evitables y brindar protección al equipo quirúrgico y a los pacientes.

En el año 2008 la Organización Mundial de la Salud (OMS) introdujo una lista de verificación de la seguridad quirúrgica aplicable a todos los equipos quirúrgicos para ser usada en cada paciente sometido a un procedimiento quirúrgico. Esta herramienta fue implementada en todo el mundo y fomenta el diálogo dentro de equipos y el uso rutinario de verificaciones de seguridad para minimizar el daño a los pacientes.

El objetivo principal de ella es reducir el daño y optimizar la seguridad del paciente en la sala quirúrgica. Siendo inmejorable su implementación en conjunto con el apoyo multidisciplinario de las personas más antiguas, la implicación del equipo quirúrgico, asegurarse que el proceso de atención se lleve a cabo, y estimulando al personal.

Necesita convertirse en parte de la rutina de trabajo, principalmente en una emergencia o al final de un largo turno de guardia. Con su uso, los miembros del equipo se familiarizan con las verificaciones, serán más eficientes en el tiempo y como consecuencia el peligro para el paciente estará reducido.

Tomar dimensión de los riesgos asociados con la práctica quirúrgica requiere que los profesionales de la salud establezcan disciplinas de cooperación con todas las personas involucradas en la atención médica, incluyendo profesionales y pacientes.

El instrumentador quirúrgico es un miembro importante del equipo. Su trabajo abarca actividades desde la recepción del paciente hasta el traslado a la Unidad de Recuperación Posanestésica. Desde la llegada del paciente al quirófano el instrumentador garantiza el respeto a su intimidad, humanidad, seguridad física y psíquica e información de cada procedimiento que se realice. La alta tasa de eventos adversos en el quirófano muestra una gran necesidad de usar herramientas para prevenir posibles errores del equipo quirúrgico.

Cada uno de los puntos de control fue incluido basándose en evidencia científica, dado que su inclusión puede reducir la probabilidad de un daño quirúrgico para el profesional o el paciente, que puede ser evitable.

La estrategia para llevar a cabo lo anteriormente descrito será un estricto control en cada cirugía antes de cada procedimiento quirúrgico, y en caso de requerir, al finalizar también.

Se observará: funcionamiento de equipos (scialíticas, electrobisturí, aspiración, torre de laparoscopia, camilla) abastecimientos en general y específicos para cada procedimiento (sondas, jeringas, guantes, barbijos, drenajes, suero, etc.) control administrativo (el paciente concurra con historia clínica, estudios previos, consentimiento informado) tener aclarados los antecedentes familiares de dicho paciente, además de patologías y alergias que de no ser informados podrían poner en riesgo su vida, anestesia (equipos, drogas, insumos requeridos) óptimo cumplimiento de barreras de bioseguridad por parte de cada profesional, preparación del paciente antes de cada cirugía, limpieza adecuada en quirófanos, y profesionalismo de cada equipo quirúrgico.

La seguridad de los pacientes es una prioridad en la gestión de calidad del cuidado que se brinda. Por eso es importante reflexionar sobre la magnitud que tiene el problema de eventos adversos, para prevenirlos y progresar en acciones que garanticen una práctica

segura. Se trata de un compromiso que debe ser de todas las instituciones, profesionales, prestadoras de servicios de salud y de la comunidad para un cuidado seguro y de calidad.

Un evento adverso no es más que el daño, lesión o muerte causados por el tratamiento de una enfermedad o estado del paciente por los profesionales de salud, y que no obedece a la propia enfermedad o estados subyacentes, o aquel que hace referencia al resultado clínico que es adverso al esperado y debido a error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo (Villarreal Cantillo, 2007)

Los eventos adversos estuvieron relacionados con la preparación y administración equivocada de medicamentos o de eventos quirúrgicos, como por ejemplo la amputación de un miembro diferente del inicialmente planeado. Pero la lista de eventos es más amplia y presenta las siguientes condiciones:

- Fallas en equipos o tecnologías: bombas de infusión endovenosas con deficiencias en las válvulas que originan incremento en la dosis del medicamento, en períodos de tiempo corto, desfibriladores con baterías agotadas, carros de paro con medicamentos vencidos, inapropiada programación del ventilador, entre otros.
- Reacciones por transfusiones sanguíneas equivocadas.
- Faltas en la adherencia a órdenes médicas (suministro de dietas diferentes de las ordenadas).
- Infecciones nosocomiales (neumonías, infecciones urinarias e infecciones de heridas quirúrgicas, entre otras).
- Factor ambiental (trauma mecánico, caída de cama y daño en la piel).

El check list está basado en pruebas clínicas, ya que su inclusión reducirá la probabilidad de la aparición de daños quirúrgicos evitables. También se diseñó atendiendo a la simplicidad y la brevedad. No es raro leer o escuchar noticias donde se hace referencia a situaciones que evidencian la falta de aplicación correcta de la lista de chequeo de la cirugía segura, ya que el propósito de la cirugía es salvar vidas; la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables, lo cual tiene repercusiones importantes en la salud pública.

El objetivo final de la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía es contribuir a garantizar que los equipos quirúrgicos adopten de forma sistemática unas cuantas medidas de seguridad esenciales, y minimizar así los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos. (OMS, 2008)

Su implantación permite reforzar la seguridad del acto quirúrgico y evitar situaciones erróneas como la identificación de pacientes, sitio quirúrgico, información y consentimiento informado, profilaxis antibiótica, pérdida de piezas anatómicas y el olvido de cuerpos extraños. El checklist, es una herramienta que, además de garantizar la seguridad del paciente y usuario, fomenta la buena práctica por parte de los profesionales. La prevención de eventos adversos en el área quirúrgica no sólo disminuye la morbi-mortalidad de los pacientes, sino que disminuye el riesgo jurídico de los profesionales, desencadenando menos errores, por lo tanto, menos reclamaciones, menos procesos judiciales y más elementos de defensa frente a las situaciones que se presenten (OMS, 2008).

Jean Watson en 1979 publica su primer libro: *Enfermería: The philosophy and science of caring* (La filosofía y ciencia de los cuidados), en el que expone su teoría la

cual se basa en la armonía entre cuerpo, mente y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona que cuida y el cuidador. Cuando el paciente ingresa a sala de operaciones pone su vida en manos de todo el equipo quirúrgico, el instrumentador es el encargado de preservar la seguridad y brindar una calidad de cuidado; para que todo el equipo de salud tome conciencia y evite eventos adversos, aplicando el check list.

Historia de la lista de verificación de la seguridad quirúrgica de la OMS

En 2002 la Asamblea Mundial de la Salud invitó a los países a mejorar la seguridad de la atención en salud y sus sistemas de monitorización. Ellos solicitaron a la OMS que establezca estándares globales de atención y diera apoyo a los países para mejorar la seguridad del paciente. Como resultado de esto se creó la Seguridad del Paciente de la OMS, y se enfocó en campañas llamadas Retos Globales de Seguridad del Paciente. Después de su primer gran reto que fue la atención limpia es atención más segura, la OMS lanzó la cirugía segura salva vidas y liderado por el Profesor Atul Gawande publicó la Lista de Verificación para Cirugía Segura. Esta lista estableció 10 objetivos esenciales para una cirugía segura de los cuales se derivó la Lista de Verificación de la Seguridad Quirúrgica.

Los objetivos de esta lista de verificación de la OMS fueron dar a los equipos un conjunto de controles para mejorar la efectividad de la comunicación y del trabajo en equipo y estimular la consideración activa de la seguridad del paciente en cada cirugía realizada. La OMS también quiso asegurar la consistencia en la seguridad del paciente en la cirugía e introducir una cultura que valore la seguridad del paciente. (OMS, 2008)

En un estudio piloto de la implementación de la lista de verificación de la OMS, el equipo del Profesor Gawande observó prospectivamente a más de 3000 pacientes previo a la introducción de la lista de verificación y a cerca de 4000 pacientes después de la

implementación de la lista de verificación, y midió la tasa de complicaciones quirúrgicas o mortalidad a los 30 días después de la cirugía o hasta el egreso hospitalario. El estudio incluyó cuatro hospitales en países de ingresos económicos bajos y medios y cuatro hospitales en países de alto ingreso económico y encontró que la tasa de mortalidad previo a la introducción de la lista de verificación fue de 1,5% y después de la implementación de la lista de verificación cayó a 0,8%. Las complicaciones de los pacientes hospitalizados fueron reducidas también, de 11% pre-lista de verificación a 7% después de haberse implementado la lista de verificación. Como una medida de adherencia a la lista de verificación, ellos identificaron 6 indicadores de seguridad, tales como antibióticos pre-incisión, cuenta de gasas y controles rutinarios de anestesia, y también vieron un incremento en la ejecución de estos de un 34,2% pre-lista de verificación a 56,7% post-lista de verificación. Es interesante que aún con solo el 56% de cumplimiento de estos 6 indicadores, se vieron reducciones significativas en las tasas de complicaciones y de mortalidad. El equipo de implementación de la lista de verificación empleó introducciones, sesiones informativas y análisis posteriores para el todo el equipo como parte de la rutina de seguridad, lo cual ha sido también formalizado como parte de la estrategia de la implementación de la lista de verificación en El Reino Unido.

Para septiembre de 2014, el equipo de la OMS había identificado 4132 instituciones que habían expresado interés en usar la lista de verificación y 1790 instituciones que estaban usando activamente la lista de verificación en al menos una sala de operaciones. Siete años después de la introducción de la lista de verificación, numerosos estudios han mostrado su beneficio, pero también algunos observadores, auditores y estudios han reportado además barreras comunes al uso exitoso de esta herramienta de seguridad del paciente. La clave para una implementación exitosa a través de todas las culturas, economías y especialidades parece

ser el compromiso del equipo completo, mediante el entendimiento de la relevancia y poder de esta herramienta en sus respectivos escenarios.

Lista de verificación de una cirugía segura: Check list

La Lista de verificación divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (Entrada), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (Salida). En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el Coordinador de la lista confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas. A medida que los equipos quirúrgicos se familiaricen con los pasos de la Lista de verificación, podrán integrar los controles en sus esquemas de trabajo habituales y anunciar en voz alta la ejecución de cada uno de esos pasos sin necesidad de intervención explícita por parte del Coordinador. Cada equipo debe buscar la manera de incorporar el uso de la Lista de verificación en su quehacer con la máxima eficiencia, causando los mínimos trastornos y procurando al mismo tiempo completar adecuadamente todos los pasos. (OMS, 2008)

Aplicación de la lista de verificación

1. Antes de la inducción de la anestesia

Antes de la inducción de la anestesia y se emplea para confirmar la seguridad del procedimiento. Se requiere la presencia al menos del anestesista y del personal de enfermería. El Coordinador de la lista que puede ser el instrumentador circulante en sala de operaciones podrá rellenar esta parte de una sola vez o secuencialmente, en función de cómo se desarrolle

la preparación para la anestesia. A continuación, se explican las distintas medidas de seguridad: (OMS, 2008)

¿El paciente ha confirmado su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?

El instrumentador confirma verbalmente la identidad del paciente, el tipo de intervención, el sitio quirúrgico y el consentimiento del paciente para su realización. Este punto es esencial para garantizar que no se opera ni a la persona o el sitio equivocado ni se realiza una intervención errónea. Si el paciente no pudiera confirmar estos datos, como por ejemplo en el caso de niños o pacientes incapacitados, puede asumir esta función un familiar o tutor. En caso de que no estuviera presente el tutor o un familiar o si se omitiera este paso, por ejemplo, en una emergencia, todo el equipo debe conocer los motivos y estar de acuerdo antes de continuar con el procedimiento. (OMS, 2008)

¿Se ha demarcado el sitio quirúrgico?

El instrumentador debe confirmar que el cirujano que va a realizar la operación ha marcado el sitio quirúrgico (por lo general con un rotulador) en los casos que impliquen lateralidad (distinción entre izquierda y derecha) o múltiples estructuras o niveles (un dedo, una lesión cutánea o una vértebra en concreto). La delimitación sistemática del sitio puede ofrecer una confirmación adicional de que el sitio y el procedimiento son correctos. (OMS, 2008)

¿Se ha completado la comprobación del instrumental y la medicación anestésica?

El instrumentador pedirá al anestesiólogo que confirme que se ha realizado un control de la seguridad de la anestesia, entendido como una inspección formal del instrumental

anestésico, del circuito, de la medicación y del riesgo anestésico del paciente antes de cada intervención. Además de confirmar que el paciente es apto para someterse a la operación, el equipo de anestesia debe inspeccionar el equipo de intubación y aspiración de la vía aérea, el sistema de ventilación (incluidos el oxígeno y los fármacos inhalados), la succión y los fármacos, dispositivos y equipos de urgencia para cerciorarse que todo esté disponible y en buenas condiciones de funcionamiento. (OMS, 2008)

¿Se ha colocado el oxímetro de pulso y funciona?

El instrumentador confirmará que al paciente se le haya colocado antes de la inducción de la anestesia un oxímetro de pulso que funcione correctamente. Lo ideal es que la lectura del dispositivo sea visible para el equipo quirúrgico. Debe utilizarse un sistema de señal sonora que alerte del pulso y la saturación de oxígeno. La OMS ha recomendado su utilización como componente necesario para la seguridad de la anestesia. Si no se dispone de uno, el cirujano y el anestesista deben evaluar la gravedad del caso y considerar la posibilidad de aplazar la intervención hasta que se tomen las medidas necesarias para disponer de uno. En caso de urgencia, para salvar un miembro o la vida del paciente, puede obviarse este requisito, pero en ese caso el equipo debe estar de acuerdo sobre la necesidad de proceder a la operación. (OMS, 2008)

¿Tiene el paciente alergias conocidas?

El instrumentador dirigirá esta pregunta y las dos siguientes al anestesista. Primero, le preguntará si el paciente tiene alergias conocidas y, si es así, cuáles. Si el instrumentador tiene conocimiento de alguna alergia que el anestesista desconozca, debe comunicarle esa información. (OMS, 2008)

¿Tiene el paciente vía aérea difícil/riesgo de broncoaspiración?

El instrumentador confirmará que el equipo de anestesia ha valorado si el paciente presenta algún problema en la vía aérea que pueda dificultar la intubación. El equipo de anestesia debe estar preparado para una eventual complicación grave en la vía aérea. Ello implica, como mínimo, adaptar el método anestésico (por ejemplo, utilizar anestesia local, si es posible) y tener a mano equipo de emergencia. Un asistente capacitado, ya sea un segundo anestesista, el cirujano o un miembro del equipo de enfermería, deberá estar presente físicamente para ayudar en la inducción de la anestesia. Como parte de la evaluación de la vía aérea también debe examinarse el riesgo de broncoaspiración. Si el paciente padece reflujo activo sintomático o tiene el estómago lleno, el anestesista debe prepararse para que este evento suceda. El riesgo puede limitarse modificando el plan anestésico. Ante un paciente con vía aérea difícil o riesgo de aspiración, sólo debe iniciarse la inducción de anestesia cuando el anestesista haya confirmado que dispone del equipo adecuado y que la asistencia necesaria está presente junto a la mesa de operaciones. La muerte por pérdida de la vía aérea durante la anestesia sigue siendo lamentablemente frecuente en todo el mundo, pero puede evitarse con una planificación adecuada. (OMS, 2008)

¿Tiene el paciente riesgo de hemorragia >500 ml (7 ml/kg en niños)?

El instrumentador le preguntará al equipo de anestesia si el paciente corre el riesgo de perder más de medio litro de sangre en la operación, con el fin de garantizar que se reconoce esta posible complicación crítica y se está preparado para tratarla. La pérdida de un gran volumen de sangre se encuentra entre los peligros más comunes y graves para los pacientes quirúrgicos, y el riesgo de choque hipovolémico aumenta cuando la pérdida de sangre supera los 500 ml (7 ml/kg en niños). Una preparación adecuada y la reanimación pueden evitar considerablemente las consecuencias. Es posible que los cirujanos no comuniquen

sistemáticamente el riesgo de hemorragia al equipo de anestesia y al personal de enfermería. Por consiguiente, si el anestesista no conoce el riesgo de hemorragia del paciente, debe comentarlo con el cirujano antes de dar comienzo a la operación. Si existiera un riesgo de hemorragia superior a 500 ml, se recomienda que antes de la incisión cutánea se coloquen al menos dos líneas intravenosas de gran calibre o un catéter venoso central. Además, el equipo debe confirmar la disponibilidad de líquidos o sangre para la reanimación. (El cirujano volverá a revisar la previsión de hemorragia antes de la incisión cutánea, lo que permite un segundo control) (OMS, 2008)

En este punto se ha completado la presente fase y puede procederse a la inducción de la anestesia.

2. Antes de la incisión cutánea

Antes de continuar a la primera incisión, el equipo debe hacer una pausa para confirmar la realización de varios controles de seguridad. En estos controles participan todos los miembros del equipo.

Confirmar que los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función.

Los miembros de los equipos quirúrgicos pueden cambiar con frecuencia. La gestión eficaz de situaciones de alto riesgo requiere que todos los miembros del equipo sepan quién es cada uno y cuál es su función y capacidad. El instrumentador debe pedir a cada una de las personas en el quirófano que se presente por su nombre y función. Los equipos que ya se conozcan pueden confirmar que todos se conocen, pero los nuevos miembros o las personas que hayan entrado en el quirófano, entre ellos los estudiantes y otro tipo de personal, deben presentarse personalmente. . (OMS, 2008)

Confirmar la identidad del paciente, el procedimiento y el sitio donde se realizará la incisión

El instrumentador pedirá a los presentes que confirmen verbalmente el nombre del paciente, el tipo de intervención que va a realizarse, su localización anatómica y, si procede, la posición del paciente para evitar operar al paciente o el sitio equivocado. El anestesista, el cirujano y el instrumentador actuante han de confirmar de forma explícita e individual que están de acuerdo. Si el paciente no está sedado, es conveniente obtener su confirmación. (OMS, 2008)

¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?

A pesar de las pruebas convincentes de que la profilaxis antibiótica de las infecciones quirúrgicas es más eficaz cuando se han alcanzado concentraciones séricas y/o tisulares adecuadas del antibiótico, los equipos quirúrgicos no administran sistemáticamente antibióticos en la hora anterior a la incisión. Para reducir el riesgo de infección quirúrgica, el instrumentador preguntará en voz alta si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores. El responsable de esta administración, que suele ser el anestesista, debe confirmarlo verbalmente. Si no se hubieran administrado antibióticos profilácticos, deben administrarse en ese momento, antes de la incisión. Si se hubieran administrado más de 60 minutos antes, el equipo debe considerar la posibilidad de administrar una nueva dosis. Cuando la profilaxis antibiótica no se considere necesaria (por ejemplo, si no hay incisión cutánea o en casos de contaminación ya tratados con antibióticos), se marcará la casilla no procede una vez confirmado verbalmente por el equipo. (OMS, 2008)

Previsión de eventos críticos

La comunicación entre todo el equipo quirúrgico es fundamental para la seguridad de la cirugía, la eficiencia del trabajo en equipo y la prevención de complicaciones graves. Para garantizar que se comunican cuestiones esenciales sobre el paciente, el instrumentador dirigirá una conversación rápida entre el cirujano, el anestesista y el personal de enfermería sobre los principales peligros y los planes operatorios. Para ello, le formulara a cada miembro del equipo la pregunta correspondiente en voz alta. El orden de la conversación no importa, pero cada disciplina clínica debe aportar información y manifestar los aspectos problemáticos. Cuando se trate de procedimientos rutinarios o con los cuales todo el equipo esté familiarizado, el cirujano puede sencillamente anunciar que se debe a un caso rutinario de X tiempo de duración y preguntar al anestesista y al personal de enfermería si tienen alguna reserva en particular. (OMS, 2008)

Cirujano: ¿Cuáles serán los pasos críticos? ¿Cuánto durará la operación? ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?

El objetivo mínimo de hablar sobre los pasos críticos es informar a todos los miembros del equipo de cualquier actuación que ponga al paciente en riesgo por hemorragia rápida, lesión u otra morbilidad importante. Asimismo, ofrece la oportunidad de revisar los pasos que puedan requerir equipos, implantes o preparativos especiales. (OMS, 2008)

Anestesista: ¿Presenta el paciente algún problema específico?

En pacientes en los que el procedimiento exista riesgo de hemorragia intensa, inestabilidad hemodinámica u otra morbilidad importante, un miembro del equipo de anestesia debe revisar en voz alta los planes y problemas específicos de la reanimación y cualquier característica del paciente (como enfermedades cardíacas o pulmonares, arritmias,

hemopatías, etc.) que complique la situación. Se entiende que muchas intervenciones no implican riesgos o problemas particularmente críticos que deban ser compartidos con el equipo. En tales casos, el anestesista puede hacer referencia a que no presenta problemas especiales. (OMS, 2008)

Instrumentador quirúrgico: ¿Se ha confirmado la esterilidad? ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?

El instrumentador, que prepara el instrumental y el equipo necesario para la operación, debe confirmar verbalmente que se han esterilizado y que, en el caso del instrumental esterilizado por calor, se han verificado los indicadores de esterilidad. Cualquier discrepancia entre los resultados esperados y los resultados reales de los indicadores de esterilidad deberá comunicarse a los miembros del equipo y solucionarse antes de la incisión. En este momento también se hará referencia a cualquier problema relacionado con el instrumental y equipos u otros preparativos para la intervención, así como de cualquier duda sobre la seguridad que puedan tener el instrumentador o circulante, en particular aquellas que no hayan sido tratadas por el cirujano y el equipo de anestesia. Si no hay cuestiones especiales, el instrumentador puede confirmar que la esterilidad está comprobada y no hay ninguna duda al respecto. (OMS, 2008)

¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?

Los estudios de imagen garantizan una buena planificación y desarrollo de muchas operaciones, como los procedimientos ortopédicos, medulares y torácicos o muchas resecciones de tumores. Antes de la incisión cutánea, el instrumentador preguntará al cirujano si el caso requiere algún estudio de imagen. De ser así, el instrumentador confirmará que dichas imágenes están en el quirófano y en lugar bien visible para que puedan utilizarse

durante la operación. Si se necesitan imágenes, pero no se dispone de ellas, deben conseguirse. El cirujano será quien decida si opera o no sin el apoyo de esas imágenes cuando sean necesarias, pero no estén disponibles. En este punto se ha completado la presente fase y el equipo puede proceder a la operación. (OMS, 2008)

3. Antes de que el paciente salga del quirófano

Estos controles de seguridad se efectúan antes de que el paciente salga del quirófano. El objetivo es el traspaso de información a los equipos de atención responsables del paciente tras la operación. Los controles puede iniciarlos el circulante, el cirujano o el anestesista y han de llevarse a término antes de que el cirujano salga del quirófano. Pueden simultanearse, por ejemplo, con el cierre de la herida. (OMS, 2008)

El instrumentador confirma verbalmente: El nombre del procedimiento

Dado que el procedimiento puede haberse modificado o ampliado en el curso de la operación, el instrumentador de la lista confirmará con el cirujano y el resto del equipo el procedimiento exacto que se haya realizado. (OMS, 2008)

El recuento de instrumentos, gasas y agujas

El circulante o el instrumentador deberán por tanto confirmar la exactitud del recuento final de gasas y agujas. En caso de que se haya abierto una cavidad también deberá confirmarse el recuento exacto del instrumental. Si los recuentos no concuerdan, se alertará al equipo para que se puedan tomar las medidas adecuadas (como examinar los paños quirúrgicos, la basura y la herida o, si fuera necesario, obtener imágenes radiográficas). (OMS, 2008)

El etiquetado de las muestras

El circulante confirmará el correcto etiquetado de toda muestra anatomopatológica obtenida durante la intervención mediante la lectura en voz alta del nombre del paciente, la descripción de la muestra y cualquier detalle orientativo. (OMS, 2008)

Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos

Es importante identificar las fallas en el instrumental o los equipos que no han funcionado bien para evitar que se vuelvan a utilizar antes de solucionar el problema. El instrumentador debe cerciorarse de que se identifiquen los problemas relacionados con el instrumental y los equipos que hayan surgido durante la intervención. (OMS, 2008)

El cirujano, el anestesista y el enfermero revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente

El cirujano, el anestesista y el enfermero revisarán el plan de tratamiento y recuperación posoperatorio, centrándose en las cuestiones intraoperatorias o anestésicas que pudieran afectar al paciente. Tienen especial importancia aquellos eventos que presenten un riesgo específico para el paciente durante la recuperación y que quizás no sean evidentes para todos los interesados. La finalidad de esta medida es transmitir información fundamental a la totalidad del equipo. Con esta última medida, se completa la Lista de verificación de la seguridad. Si se desea, se puede añadir la lista a la historia del paciente o archivarla para fines de control de la calidad. (OMS, 2008)

Preoperatorio inmediato

Identificación del paciente

- Preguntar al paciente de forma directa su nombre.
- Vigilar que los datos del brazalete concuerden y sean correctos.
- Revisar el expediente clínico y prestar atención a los resultados obtenidos en los exámenes.
- Revisar el registro preoperatorio.
- Confirmar el procedimiento que se efectuará. (OMS, 2008)

Valoración prequirúrgica

La valoración proporciona datos básicos del paciente, iniciando con los signos vitales, anamnesis, historia clínica, el estado nutricional, de hidratación, etc. (OMS, 2008)

Historia clínica: Es importante hacer un interrogatorio completo que incluya datos que deberán tomarse en cuenta y algunos documentarse con fechas, los cuales pueden dar la pauta y prevenir de complicaciones trans y post-operatorias, como son: (OMS, 2008)

- Alergias a medicamentos, alimentos yodo povidona y al látex
- Tomar en cuenta la dosis de los fármacos actuales prescritos y no prescritos, vía de administración de todos los medicamentos tomados durante los últimos 6 meses.
- Hacer un análisis de los antecedentes de problemas médicos y quirúrgicos del paciente, sin olvidar la historia familiar y enfermedades infectocontagiosas

- Experiencias quirúrgicas previas como: Hemorragia, infección, tromboembolia y dificultad respiratoria.
- Complicaciones relacionadas con la anestesia como: Hipertermia maligna, sueño prolongado, sin olvidar las complicaciones post-operatorias inmediatas, mediatas y tardías.
- Tabaquismo, alcoholismo y consumo de drogas. (OMS, 2008)

Alergias del paciente

Es una respuesta anómala del organismo frente a un fármaco, consistente en una reacción inmunológica inesperada, impredecible e independiente de los efectos farmacológicos propios del medicamento en cuestión. (OMS, 2008)

Cuando una persona toma una cantidad de medicamento inadecuada para su talla, su peso, su edad o la química específica de su organismo, pueden ocurrir reacciones adversas predecibles; la mayoría de ellas dependen de la dosis, y en muchos casos son inevitables. Algunas de estas reacciones pueden ser graves como los vómitos y la pérdida de cabello producidos por la quimioterapia contra el cáncer; potencialmente graves, como un descenso brusco del azúcar en sangre por insulina o la osteoporosis desencadenada por corticoides, o pueden ser más benignas, como la somnolencia debida a antihistamínicos. (OMS, 2008)

Marcado del sitio quirúrgico

El marcaje del sitio quirúrgico es la marca en la parte del cuerpo donde se realizará la incisión para el procedimiento quirúrgico. El propósito es eliminar la posibilidad de realizar el procedimiento quirúrgico en un sitio erróneo. Este procedimiento se aplicará en todos los pacientes que sean intervenidos quirúrgicamente y debe realizarse antes de que el paciente sea trasladado a la sala quirúrgica. (OMS, 2008)

Se debe marcar con un círculo el sitio en que se realizará la incisión con tinta indeleble. La enfermera responsable del paciente verificará que el procedimiento de marcaje se haya realizado y en caso contrario, deberá registrar el hecho en la nota de enfermería y notificarlo verbalmente cuando entregue al paciente en el preoperatorio, en donde se le solicitará al médico que lo realice. (OMS, 2008)

Intraoperatorio

Identificación del paciente y cirugía

Es importante tomar en cuenta la primera impresión del paciente al llegar al quirófano, por lo que es necesario un saludo cordial y la presentación del personal que intervendrá en el acto quirúrgico, en una forma breve, tratando de provocar en el paciente un ambiente de tranquilidad y seguridad. En el caso del paciente pediátrico, brindar el apoyo emocional de acuerdo a la edad del paciente, sin olvidar a los padres del niño. Es necesario corroborar la identidad del paciente, preguntar su nombre en el quirófano, confirmándolo con su pulsera de la mano, confirmar que cirugía es la que se va a realizar. Todo el equipo debe escuchar que el paciente está respondiendo las preguntas, de esta manera identificamos al paciente correcto en el lugar del cuerpo correcto.

El check list es una herramienta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables.

Identificación y presentación del equipo quirúrgico

Es muy importante la identificación del equipo quirúrgico y continuar respetando el formato de check list; para evitar errores en el acto quirúrgico; ya que el personal no siempre

es el mismo y deben presentarse para que todos los miembros del equipo sepan quién es cada uno y cuál es su función y capacidad.

Identificación de riesgos de anestesia

Para evaluar el riesgo anestésico de un paciente que será intervenido de un procedimiento quirúrgico electivo se debe evaluar el estado físico, la presencia de condiciones médicas concomitantes y el tipo de cirugía propuesta. Además, analizar el impacto en la función cardiovascular del acto anestésico y de los agentes farmacológicos a utilizar, considerar la existencia de posible compromiso de órganos vitales y sistema nervioso autónomo, sobre todo en el aspecto hemodinámico durante la anestesia.

El acto anestésico es resultado del análisis realizado por el anesthesiólogo a través de la recopilación de datos y el éxito radica en los elementos que utiliza desde la valoración pre anestésica, la cual es preferible realizarla con antelación a la cirugía propuesta.

Identificación y administración de profilaxis

La profilaxis antibiótica es aquella que se utiliza de manera preventiva alrededor de la intervención quirúrgica y se extiende en general desde 1 hora antes de la operación hasta las primeras 24 horas del postoperatorio.

Esta profilaxis se emplea para prevenir la infección cuando por un procedimiento quirúrgico se pueda causar contaminación bacteriana de los tejidos que en condiciones normales se encuentran libres de gérmenes.

El objetivo que se pretende alcanzar es impedir que la flora endógena provoque infección en la zona operada y también prevenir la multiplicación de los microorganismos exógenos que tienen acceso al área quirúrgica.

La clasificación de las intervenciones quirúrgicas se define de la siguiente manera:

1. Cirugía limpia (riesgo de infección del 1 al 5 % sin profilaxis)

Se considera cirugía limpia:

- Cuando el tejido a intervenir no está inflamado.
- Cuando no se rompe la asepsia quirúrgica.
- Cuando no hay trauma previo ni operación traumatizante.
- Cuando no hay afectación del tracto respiratorio, digestivo ni genitourinario. .

2. Cirugía limpia-contaminada (riesgo de infección del 5 al 15 % sin profilaxis)

Se considera cirugía limpia-contaminada:

- Cuando se entra en una cavidad que contiene microorganismos, pero no hay vertido significativo.
- Intervención muy traumática sobre tejidos exentos de microorganismos.
- Cuando se afectan los tractos respiratorios, digestivo (salvo intestino grueso) o genitourinario.

3. Cirugía contaminada (riesgo de infección del 15 al 25 % sin profilaxis)

Se considera cirugía contaminada:

- Cuando hay inflamación aguda sin pus.
- Cuando al abrir una víscera se derrama el contenido.

- Heridas accidentales abiertas y recientes (menos de 4 horas).
 - Cirugía correcta.
4. Cirugía sucia (riesgo de infección del 40 al 60 % sin tratamiento empírico antimicrobiano)

Se considera cirugía sucia:

- Cuando hay pus.
- Cuando está perforada una víscera.
- Cuando una herida traumática lleva más de 4 horas sin tratar. (OMS, 2008)

Identificación de riesgos durante la cirugía

Toda cirugía tiene riesgos que deben ser considerados por el paciente y sus familiares. Antes de realizarse un procedimiento quirúrgico hay que tener en cuenta una preparación fisiológica y psicológica.

Las edades más extremas son las más riesgosas para una cirugía, es decir, los menores de un año y los mayores de 65. El envejecimiento produce cambios en los tejidos y órganos, disminuyendo la capacidad de adaptación y reservas funcionales de las personas. Sin duda que las cirugías más riesgosas son aquellas sobre órganos vitales como el corazón o pulmón, también por un cáncer.

Las cirugías electivas de aquellas de urgencia, las cuales tienen un mayor riesgo asociado. También se deben considerar las características del paciente, ya que cada uno tiene un riesgo individual asociado a su cirugía, su edad y patologías.

Las complicaciones anestésicas son un fenómeno mucho menos frecuente. Van desde problemas en la intubación y respiratorios durante la anestesia, hasta problemas cardiacos. Todos ellos se pueden evitar o manejar mejor con una buena evolución preoperatoria y con una buena monitorización durante y en las primeras horas de la cirugía.

Otra complicación menos frecuente, pero que puede ser grave, incluso mortal, es la que se refiere a los fenómenos trombóticos de las extremidades inferiores o en los pulmones, estos últimos graves y mortales. El hecho de someternos a cualquier cirugía nos hace correr un porcentaje de riesgo, este se puede disminuir casi a cero tomando las medidas necesarias, como la compresión neumática o con vendas elásticas durante la cirugía y el uso de heparinas (anticoagulantes) en el post operatorio.

Las complicaciones infecciosas son un fenómeno muchas veces inevitable de una cirugía, y que el paciente debe tener en cuenta a la hora de operarse. Esto dependerá del tipo de herida y las características del paciente. Por ejemplo, en una cirugía de colon, la herida tiene mayor posibilidad de infectarse que en una de hernia; o en un paciente diabético la posibilidad de infección es mayor que en uno sin esta enfermedad.

Analizar la esterilidad del instrumental según indicadores

La limpieza, descontaminación y esterilización son métodos importantes que garantizan la seguridad del paciente y necesita una estrecha colaboración entre todos los miembros del equipo quirúrgico, incluyendo el personal del servicio de esterilización. Los instrumentos quirúrgicos, ya sean de un solo uso o reutilizables son utilizados por los profesionales de la salud y por lo tanto están involucrados en su uso, cuidado y manejo adecuado de los mismos.

La disminución de errores y una comunicación efectiva puede contribuir a mejorar las relaciones entre el personal de los servicios de esterilización con otros departamentos. Dirigir

estrategias para la reducción de incidencias sobre instrumentos quirúrgicos, fomentar el trabajo en equipo, mejorar las relaciones positivas y la comunicación interdepartamental, asegurando el cumplimiento de normas basadas en la evidencia científica más reciente, es el principal plan de trabajo del servicio de esterilización.

El propósito principal de un servicio de Esterilización es garantizar el proceso de un producto estéril, tratarlo de forma cuidadosa en cada paso, junto con la implementación y seguimiento de un programa de control de calidad, actualizado de forma permanente. Las enfermeras deben estar bien informadas en lo que respecta a la limpieza, embalaje, selección del ciclo, uso de los agentes físicos, químicos, biológicos y a la monitorización de todo el proceso de esterilización.

Asimismo, los instrumentadores quirúrgicos han de ser capaces de resolver los problemas relacionados con sistemas de gestión. Los miembros del servicio tienen la difícil tarea de procesar dichos instrumentos, hacer frente a los diferentes acontecimientos adversos para ayudar a evitar costos excesivos y retrasos en todo el procesamiento. La gestión de todo el proceso está directamente relacionada con el suministro de material a los quirófanos, su implicación es de vital importancia en la disminución de los costes, al mismo tiempo que proporcionar la más alta calidad en la atención dada a los pacientes.

Conformidad de gasas, agujas e instrumental

Los cuerpos extraños olvidados en el paciente constituyen un gran número de problemas deontológicos, legales y económicos. El instrumentador, junto con el circulante y el cirujano responsable del quirófano en ese momento deben efectuar y responsabilizarse del correcto recuento de gasas, compresas, torundas, objetos punzantes e instrumental. Por ello, para asegurarle al paciente la adecuada protección, los materiales se cuentan antes y después de su

uso. Las cantidades y tipos de gasas, compresas, torundas, objetos punzantes, instrumental varían en cada intervención quirúrgica.

Los recuentos también se realizan con el fin de controlar las infecciones una compresa o aguja contaminada que pasa desapercibida al final de la intervención puede entrar en contacto con el personal que recoge y limpia el quirófano y el inventario.

Identificación de la muestra de patología

El manejo de las piezas antes de que lleguen al laboratorio de anatomía patológica es definido como la fase pre analítica del proceso. Es precisamente en esta fase en donde se cometen la mayoría de los errores. La misma involucra a mucho personal de los establecimientos de salud, especialmente en quirófanos atareados, en donde patología debe procesar múltiples especímenes recolectados y etiquetados por diferentes personas con diferentes niveles de entrenamiento. La llegada de una pieza al laboratorio para su análisis involucra los siguientes pasos:

- Identificar correctamente al paciente
- Identificar correctamente el tejido o lesión a biopsia en el paciente
- Tomar la muestra (biopsia o tejido u órgano removido)
- Colocar la pieza en un recipiente adecuado
- Colocar la pieza en un conservante/fijador apropiado
- Etiquetar correctamente el recipiente
- Completar detalladamente la orden que acompañará a la pieza

- Transportar la pieza desde el sitio de obtención hacia el departamento de patología

Glosario

Seguridad del paciente: Ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, de riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria. El “nivel mínimo aceptable” hace referencia al nivel de conocimiento actual, los recursos disponibles y el contexto en que se produce la atención frente al riesgo de no tratamiento u otro tratamiento.

Riesgo asistencial: Posibilidad de que algo suceda durante la atención sanitaria y tenga un impacto negativo sobre el paciente. Se mide en términos de consecuencias y probabilidades. Más actividad, más complejidad, más profesionales, más tecnología, más especialización, más riesgos asistenciales

Evento adverso / efecto adverso / resultado adverso (EA): Daño no intencionado causado durante o a consecuencia de la atención sanitaria y no relacionado con la evolución o posibles complicaciones de la enfermedad de base del paciente. Es importante hacer notar que al hablar de error se hace referencia al proceso y la palabra evento adverso hace referencia al resultado. Pueden clasificarse en evitables e inevitables, siendo los evitables los que más interesan al poder prevenirse. El calificativo de EA evitable o prevenible, indica el hecho de que no hubiera ocurrido de haberse producido alguna actuación. El de EA inevitable o no prevenible se refiere al hecho de la imposibilidad de predicción o evitación bajo las circunstancias y el contexto dados.

Complicación: Alteración del curso de la enfermedad, derivada de la misma y no provocada por la actuación médica, así como de la reacción adversa que se considera como daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en el que se produjo el evento.

Incidente / evento adverso potencial: Acontecimiento o situación imprevista o inesperada que, bien por casualidad o bien por una intervención determinada a tiempo, no ha producido daños ni pérdidas al paciente; pero que en otras circunstancias podrí haberlo producido. Cuando un incidente puede suponer un elevado riesgo de mortalidad o de daños para el paciente, suele denominarse incidente crítico.

Suceso centinela: Evento inesperado que produce muerte o lesión grave física o psíquica o que podría haberlas producido. Se denomina centinela porque cada uno de ellos precisa de investigación y respuesta inmediatas.

Error: Acto de equivocación en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que suceda un evento adverso. Aquel prevenible se suele atribuir comúnmente a un error. Un error puede causar daño o no. Un error que no causa daño no produce un evento adverso. Los errores pueden ser de comisión cuando ocurre como resultado de una acción tomada (se ha realizado una acción equivocada) o de omisión cuando es consecuencia de una acción no tomada (no se ha realizado la acción correcta). Los errores pueden ser de ejecución, cuando comportan una acción fallida que no se realiza tal y como se planificó (no se ha realizado como se quería realizar) o de planificación, cuando se utiliza un plan equivocado para la consecución de un objetivo.

Error activo: Aquellos errores cometidos por personas en contacto directo con el paciente cuyos efectos aparecen rápidamente. Incluyen: fallos de la atención, despistes, distracciones, lapsus, errores de valoración, incumplimiento de normas establecidas. La falta de entrenamiento o formación, la fatiga, la sobrecarga de trabajo y el estrés son condicionantes que pueden contribuir a su producción.

Error (condición) latente: Aquellas condiciones que permanecen sin efecto largo tiempo y que combinadas con otros factores pueden producir efectos en momentos determinados.

Casi error / “near miss”: Caso en el que el accidente ha sido evitado por poco, cualquier situación en la que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias, hecho que estuvo a punto de ocurrir, suceso que en otras circunstancias podría haber tenido graves consecuencias. Acontecimiento peligroso que no ha producido daños personales, pero sí materiales y que sirve de aviso de posibles sucesos. (Pecci Agustino, 2013)

Diseño metodológico

Retrospectivo – Descriptivo – Transversal

Tipo de estudio

- Retrospectivo
- Descriptivo
- Transversal

Población:

La población está constituida por todos los Instrumentadores Quirúrgicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de una institución privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Muestra:

Muestreo probabilístico ya que todas las unidades de análisis tienen la misma probabilidad de ser elegido. La muestra utilizada serán los 43 (Cuarenta y tres) Instrumentadores quirúrgicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de una institución privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020.

Unidad de análisis:

Son cada uno de los 43 (Cuarenta y tres) Instrumentadores quirúrgicos y Licenciados en Instrumentación Quirúrgica de una institución privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Criterios de inclusión:

Se tendrán en cuenta para este estudio los instrumentadores quirúrgicos que:

- Se encuentren en actividad en los turnos mañana, tarde y noche en el área quirúrgica
- Tengan una experiencia laboral en su puesto mínima de 1 año
- Esten interesados en realizar la encuesta

Criterios de exclusión:

Se excluirán de este estudio los instrumentadores quirúrgicos que:

- Se encuentren en Licencia médica, Lic. Por maternidad, Lic. Por estudio, Lic. Ordinaria
- Realicen tareas administrativas
- Sean estudiantes

Definición de las variables de estudio

- Variable independiente: Cumplimiento de la lista quirúrgica
- Variable dependiente: Minimización eventos adversos

Procedimientos para recolectar datos

El procedimiento utilizado para la recolección de datos fue seleccionado para registrar la información y evaluarla, en los sujetos participantes. Se utilizará la encuesta estructurada como instrumento para la recolección de datos.

La misma cuenta con 24 (veinticuatro) preguntas cerradas de opciones múltiples, pensadas en un orden estratégico para no dejar de lado datos que se consideran relevantes. Consta a su

vez con una introducción donde se realiza la presentación del autor del trabajo de investigación y se toman los recaudos éticos con respecto a la participación voluntaria y anónima.

Procedimientos para la interpretación de los datos

El instrumento aplicado a la muestra señalada y en la Institución antes descripta, se ha plasmado en una planilla de datos del programa Microsoft Excel de Office. Se ha procedido a su interpretación de la siguiente manera:

- Se caracterizo la muestra calculando las frecuencias absolutas y porcentuales según sexo y edad.
- Se describieron todas las variables, calculando las frecuencias absolutas y porcentuales de los indicadores y las categorías de cada una de ellas. Las mismas fueron analizadas e interpretadas con el objetivo de demostrar la hipótesis planteada en dicha investigación.

Operacionalización de las variables de estudio

Variable	Dimensión	Indicador	Categoría
Género			Femenino Masculino Otro
Edad			23 a 28 años 29 a 34 años 35 a 40 años Más de 41 años
Cumplimiento de la lista quirúrgica	Antes de la inducción de la anestesia	Según la siguiente escala indique con qué frecuencia, ud. ¿Realiza el control de identidad del paciente?	Siempre Casi siempre A veces Nunca

		Según la siguiente escala indique con qué frecuencia, ud. ¿Verifica el procedimiento que se va a realizar?	Siempre Casi siempre A veces Nunca
		Según la siguiente escala indique con qué frecuencia, ud.¿Verifica con el paciente el procedimiento que se le va a realizar?	Siempre Casi siempre A veces Nunca
		Según la siguiente escala indique con qué frecuencia, ud. ¿Verifica que el paciente concorra con el consentimiento informado firmado?	Siempre Casi siempre A veces Nunca

		Según la siguiente escala indique con qué frecuencia, ud. ¿Verifica junto al paciente el sitio quirúrgico?	Siempre Casi siempre A veces Nunca
	Antes de la incisión cutánea	Según la siguiente escala indique con qué frecuencia, ud. ¿Verifica que se le realizó al paciente el baño quirúrgico previo?	Siempre Casi siempre A veces Nunca
		Según la siguiente escala indique con qué frecuencia, ud. ¿Informa al médico tratante en caso de que el paciente no esté en ayuna y/o no	Siempre Casi siempre A veces Nunca

		cumpla con los requisitos esperados?	
		Según la siguiente escala indique con qué frecuencia, ud. ¿Realiza un control de cada equipo antes de iniciar el procedimiento quirúrgico?	Siempre Casi siempre A veces Nunca
		Según la siguiente escala indique con qué frecuencia, ud. ¿Notifica y/o notificaría, en caso de presentarse una falla en un equipo?	Siempre Casi siempre A veces Nunca
		¿Ud. verifica si al paciente se le colocó	Si

		un oxímetro de pulso?	No
		Según la siguiente escala indique con qué frecuencia, ud. ¿Verifica con el paciente, si este es alérgico?	Siempre Casi siempre A veces Nunca
		¿Ud. confirma que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función?	Si No
		¿Ud. verifica que se administre la profilaxis antibiótica?	Si No

	Antes de la extubación del paciente	Según la siguiente escala indique con qué frecuencia, ud. ¿Realiza recuento de gasas, compresas e instrumental?	Siempre Casi siempre A veces Nunca
		¿Ud. confecciona el rotulado de las muestras?	Si No
		Según la siguiente escala indique con qué frecuencia, ud. En caso de ser requerido, ¿Notifica sobre problemas relacionados con fallas en los-equipos y/o instrumental?	Siempre Casi siempre A veces Nunca

Minimización de eventos adversos	A lo largo de la intervención quirúrgica	¿Ud considera que determinados eventos pueden ser minimizados con el correcto cumplimiento de la lista quirúrgica?	Si No No se
		¿Cree Ud. que debería tenerse consideración en otros aspectos no contemplados en la lista quirúrgica?	Si No No se
		Según la siguiente escala indique ¿Con qué frecuencia se suspenden en su institución los procedimientos a causa de las malas condiciones de los	Siempre Casi siempre A veces Nunca

		materiales-que implican un riesgo hacia el paciente?	
		Según la siguiente escala indique con qué frecuencia, ud. ¿Verifica si el paciente puede llegar a tener riesgo de hemorragia, broncoaspiración o vía aérea difícil?	Siempre Casi siempre A veces Nunca
		¿Ud. presencié un conteo erróneo relacionado con el instrumental?	Si No No hubo conteo
		¿Ud presencié un conteo erróneo de gasas y/o compresas?	Si No No hubo conteo

Presentación, análisis e interpretación de los datos

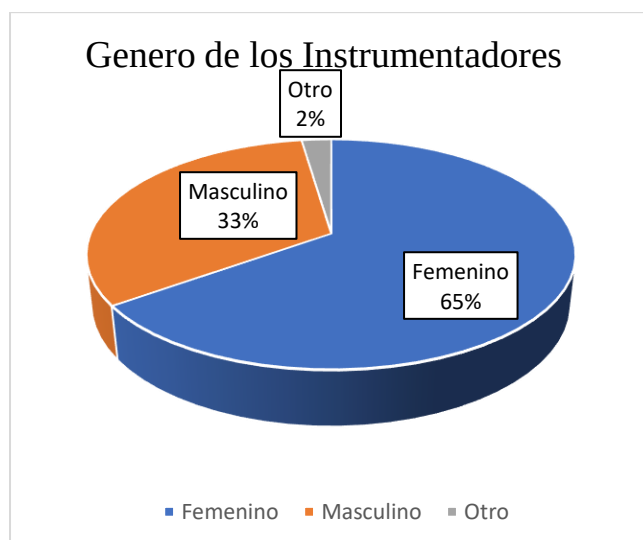
Tablas y gráficos

Tabla 1. Distribución de frecuencias según: genero de los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020

GENERO	F	%
Femenino	28	65%
Masculino	14	33%
Otro	1	2%
TOTAL	43	100%

Fuente: Datos obtenidos según encuesta realizada a Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Gráfico 1. Distribución de porcentajes según: genero de los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020



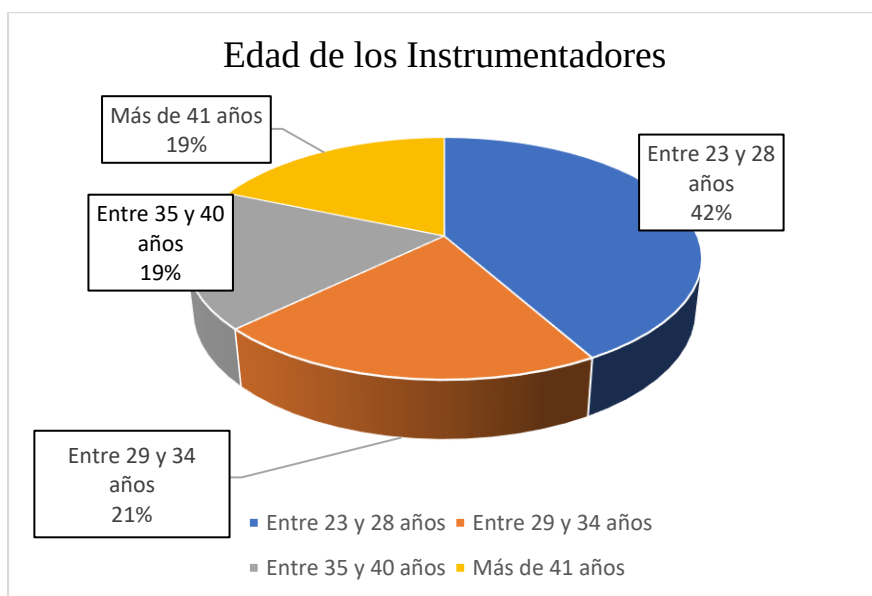
Conclusión: el 65% de los instrumentadores encuestados pertenece al género femenino, mientras que el 33% al género masculino. Solo el 2% pertenece a otro.

Tabla 2. Distribución de frecuencias según: edad de los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020

EDAD	f	%
Entre 23 y 28 años	18	42%
Entre 29 y 34 años	9	21%
Entre 35 y 40 años	8	19%
Más de 41 años	8	19%
TOTAL	43	100%

Fuente: Datos obtenidos según encuesta realizada a Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Gráfico 2. Distribución de porcentajes según: edad de los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020



Conclusión: el 42% de los instrumentadores encuestados se encuentra en un rango de edad de entre 23 y 28 años, el 21% entre 29 y 34 años, el 19% entre 35 y 40 años y finalmente más de 41 años el 19%.

Tabla 3. Distribución de frecuencias según: control de identidad del paciente por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020

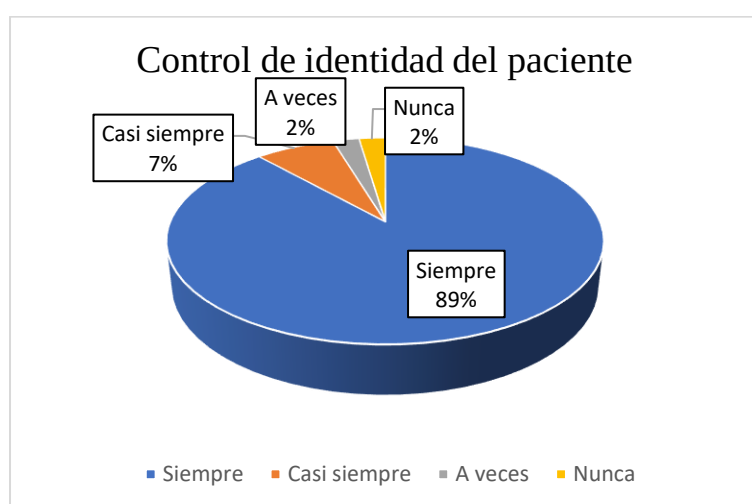
CONTROL DE IDENTIDAD DEL PACIENTE	F	%
Siempre	38	88%
Casi siempre	3	7%
A veces	1	2%
Nunca	1	2%

TOTAL	43	100%
--------------	----	------

Fuente: Datos obtenidos según encuesta realizada a Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad

Autónoma de Buenos Aires

Gráfico 3. Distribución de porcentajes según: control de identidad del paciente por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020



Conclusión: el 89% de los instrumentadores encuestados siempre realiza un control de la identidad del paciente, el 7% casi siempre, mientras que el 2% a veces y el otro 2% nunca lo hace.

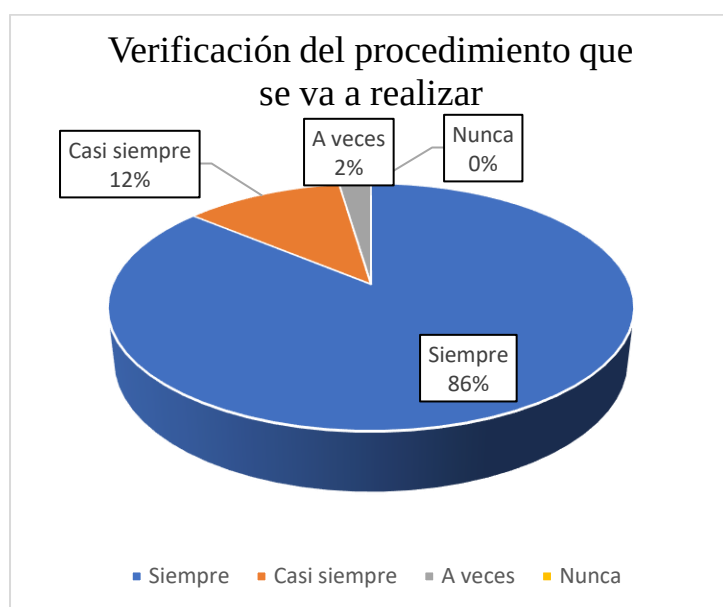
Tabla 4. Distribución de frecuencias según: Verificación del procedimiento que se va a realizar por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020

VERIFICACION DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR	F	%

Siempre	37	86%
Casi siempre	5	12%
A veces	1	2%
Nunca	0	0%
TOTAL	43	100%

Fuente: Datos obtenidos según encuesta realizada a Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Gráfico 4. Distribución de porcentajes según: Verificación del procedimiento que se va a realizar por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020



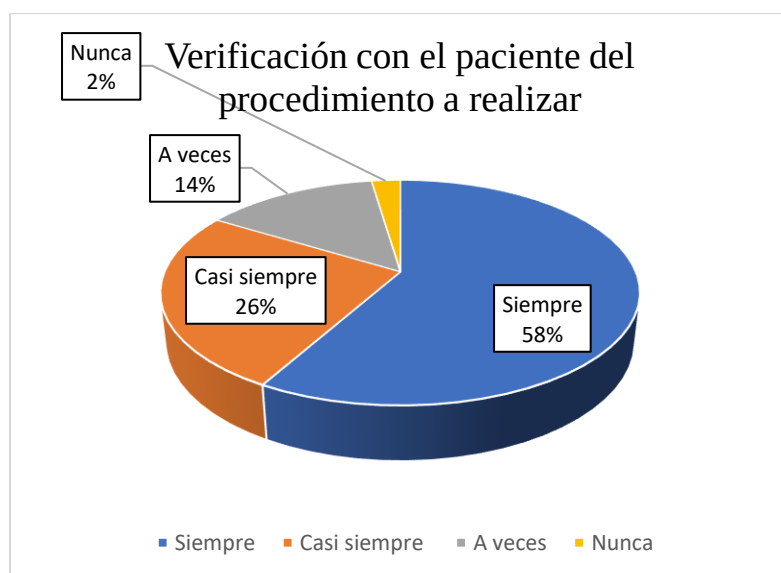
Conclusión: el 86% de los instrumentadores encuestados siempre verifica el procedimiento que se va a realizar, el 12% casi siempre lo hace, y solo el 2% a veces lo hace.

Tabla 5. Distribución de frecuencias según: Verificación con el paciente del procedimiento a realizar por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020

VERIFICACION CON EL PACIENTE DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR		F	%
Siempre		25	58%
Casi siempre		11	26%
A veces		6	14%
Nunca		1	2%
TOTAL		43	100%

Fuente: Datos obtenidos según encuesta realizada a Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Gráfico 5. Distribución de porcentajes según: Verificación con el paciente del procedimiento a realizar por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020



Conclusión: el 58% de los instrumentadores encuestados siempre verifica junto con el paciente el procedimiento a realizar, el 26% casi siempre, el 14% a veces y finalmente el 2% nunca lo hace.

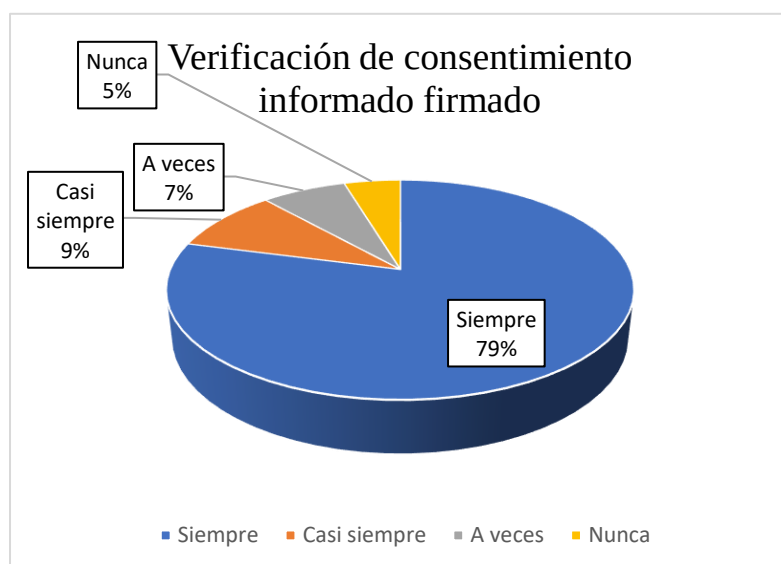
Tabla 6. Distribución de frecuencias según: Verificación de consentimiento informado firmado por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020

VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO	F	%
Siempre	34	79%
Casi siempre	4	9%
A veces	3	7%
Nunca	2	5%
TOTAL	43	100%

Fuente: Datos obtenidos según encuesta realizada a Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Gráfico 6. Distribución de porcentajes según: Verificación de consentimiento informado firmado por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Aires de agosto a diciembre del 2020.



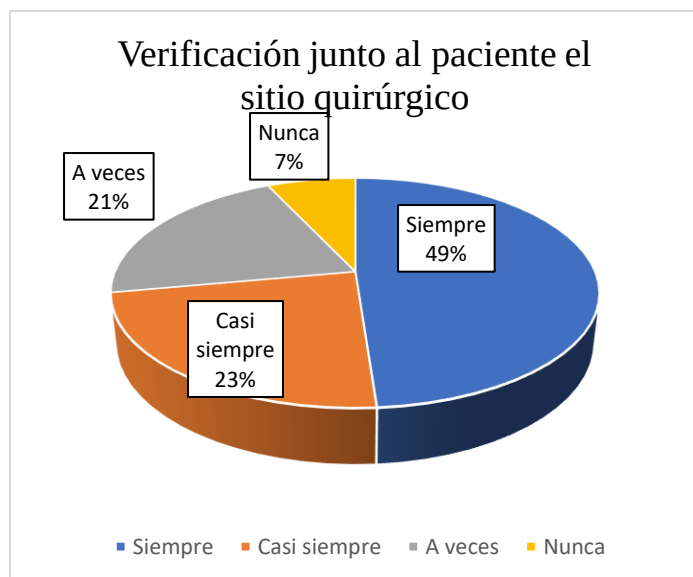
Conclusión: el 79% de los instrumentadores encuestados siempre verificación que el consentimiento informado se encuentre firmado, el 9% casi siempre, el 7% a veces y solo el 5% nunca lo hace.

Tabla 7. Distribución de frecuencias según: Verificación junto al paciente el sitio quirúrgico por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020

VERIFICACION DE SITIO QUIRURGICO	F	%
Siempre	21	49%
Casi siempre	10	23%
A veces	9	21%
Nunca	3	7%
TOTAL	43	100%

Fuente: Datos obtenidos según encuesta realizada a Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Gráfico 7. Distribución de porcentajes según: Verificación junto al paciente el sitio quirúrgico por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020.



Conclusion: el 49% de los instrumentadores encuestados siempre verifica junto al paciente el sitio quirúrgico, el 23% casi siempre, el 21% a veces y solo el 7% nunca lo hace.

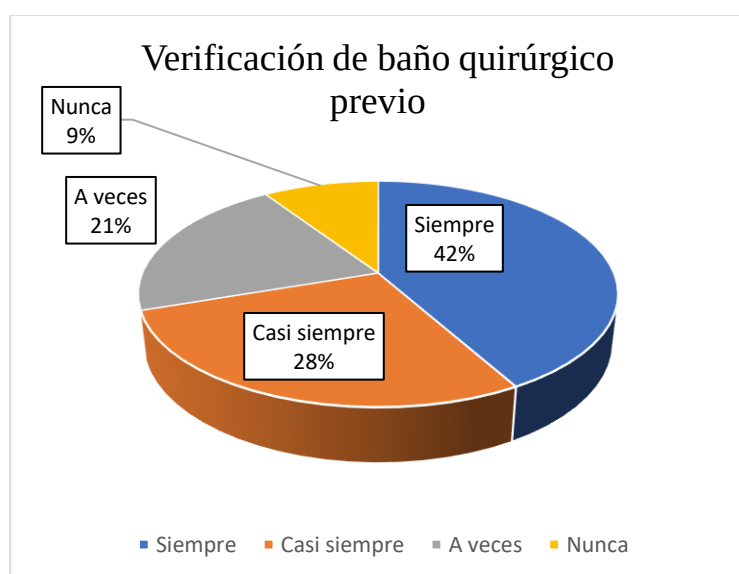
Tabla 8. Distribución de frecuencias según: Verificación de baño quirúrgico previo por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020

VERIFICACION DE BAÑO QUIRURGICO PREVIO	f	%
Siempre	18	42%
Casi siempre	12	28%
A veces	9	21%

Nunca	4	9%
TOTAL	43	100%

Fuente: Datos obtenidos según encuesta realizada a Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Gráfico 8. Distribución de porcentajes según: Verificación de baño quirúrgico previo por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020.



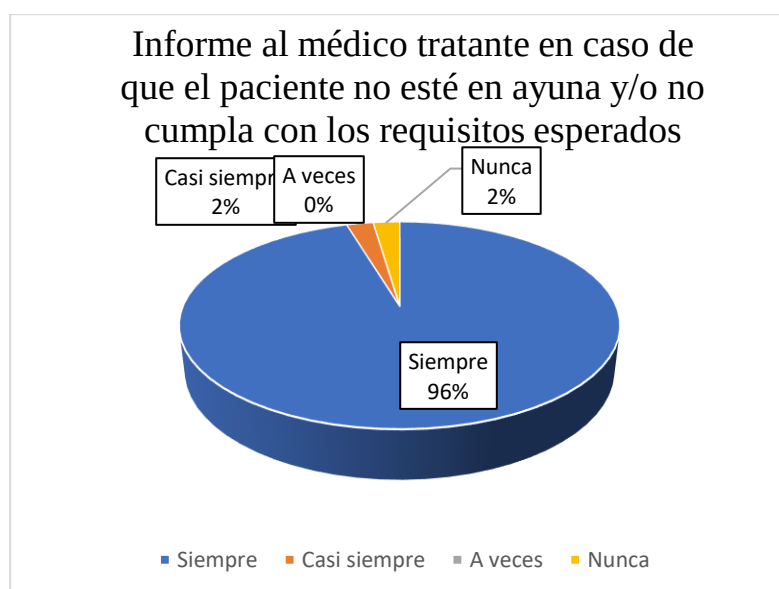
Conclusion: el 42% de los instrumentadores encuestados siempre verifica que se le haya realizado el baño quirúrgico previo al paciente, el 28% casi siempre, el 21% a veces y solo el 9% nunca lo hace.

Tabla 9. Distribución de frecuencias según: Informe al médico tratante en caso de que el paciente no esté en ayuna y/o no cumpla con los requisitos esperados por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020.

INFORME SI EL PACIENTE NO PRESENTA REQUISITOS ESPERADOS	F	%
Siempre	41	95%
Casi siempre	1	2%
A veces	0	0%
Nunca	1	2%
TOTAL	43	100%

Fuente: Datos obtenidos según encuesta realizada a Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Gráfico 9. Distribución de porcentajes según: Informe al médico tratante en caso de que el paciente no esté en ayuna y/o no cumpla con los requisitos esperados por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020



Conclusion: el 96% de los instrumentadores encuestados siempre informa al medico tratante en caso de que el paciente no este en ayuna y/o no cumpla con los requisitos esperados, y el 4% restante casi siempre lo hace o nunca.

Tabla 10. Distribución de frecuencias según: Control de cada equipo antes de iniciar el procedimiento quirúrgico por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020.

CONTROL DE EQUIPOS	F	%
Siempre	27	63%
Casi siempre	14	33%
A veces	2	5%
Nunca	0	0%

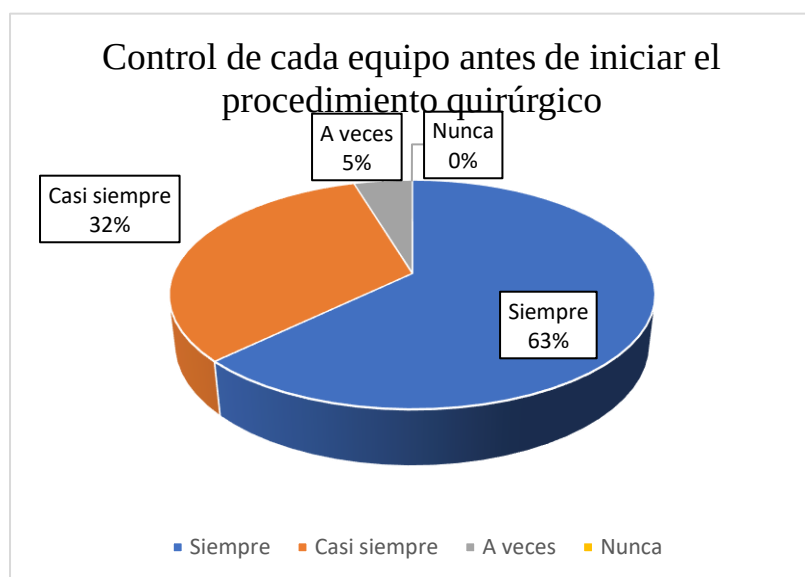
TOTAL	43	100%
--------------	----	------

Fuente: Datos obtenidos según encuesta realizada a Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad

Autónoma de Buenos Aires

Gráfico 10. Distribución de porcentajes según: Control de cada equipo antes de iniciar el procedimiento quirúrgico por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad

Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020.



Conclusión: el 63% de los instrumentadores encuestados siempre controla cada equipo antes de iniciar el procedimiento quirúrgico, el 32% casi siempre y solo el 5% a veces.

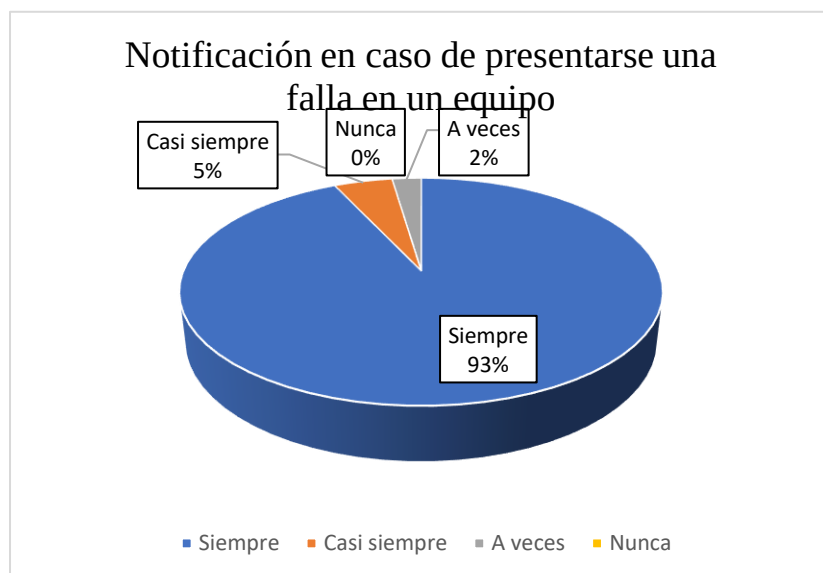
Tabla 11. Distribución de frecuencias según: Notificación en caso de presentarse una falla en un equipo por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020.

NOTIFICACION	F	%
DE FALLAS DE EQUIPOS		

Siempre	40	93%
Casi siempre	2	5%
A veces	1	2%
Nunca	0	0%
TOTAL	43	100%

Fuente: Datos obtenidos según encuesta realizada a Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Gráfico 11. Distribución de porcentajes según: Notificación en caso de presentarse una falla en un equipo por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020.



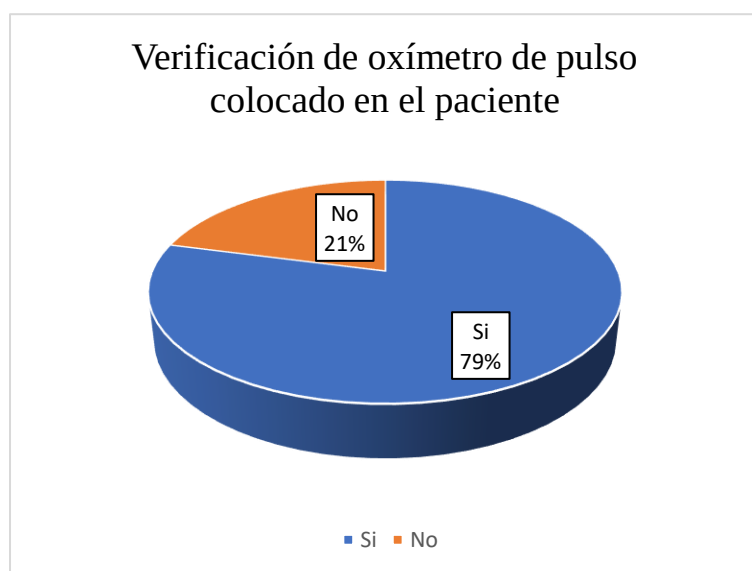
Conclusión: el 93% siempre notifica las fallas en los equipos, mientras que el 5% casi siempre y el 2% a veces.

Tabla 12. Distribución de frecuencias según: Verificación de oxímetro de pulso colocado en el paciente por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020

VERIFICACION DE OXIMETRO DE PULSO COLOCADO	F	%
Si	34	79%
No	9	21%
TOTAL	43	100%

Fuente: Datos obtenidos según encuesta realizada a Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Gráfico 12. Distribución de porcentajes según: Verificación de oxímetro de pulso colocado en el paciente por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020.



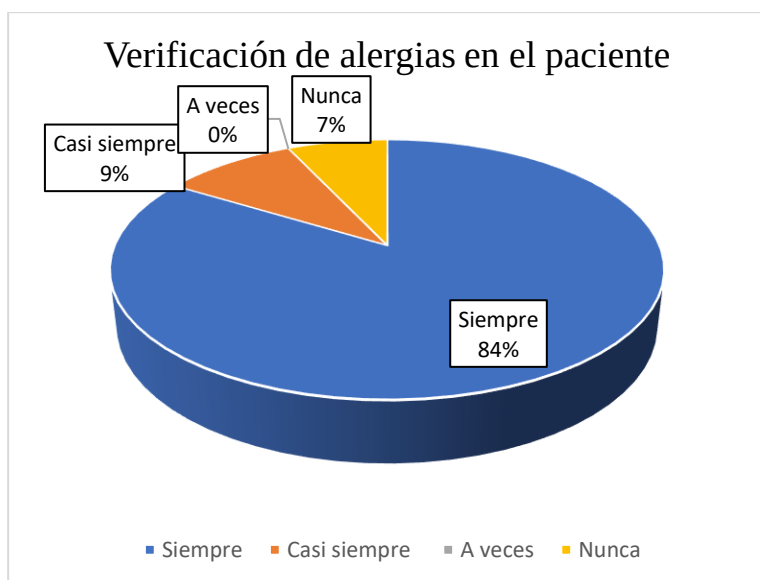
Conclusión: el 79% de los instrumentadores encuestados verifica que el oxímetro de pulso este colocado en el paciente, mientras que el 21% no lo hace.

Tabla 13. Distribución de frecuencias según: Verificación de alergias en el paciente por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020

VERIFICACION DE ALERGIAS	F	%
Siempre	36	84%
Casi siempre	4	9%
A veces	0	0%
Nunca	3	7%
TOTAL	43	100%

Fuente: Datos obtenidos según encuesta realizada a Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Gráfico 13. Distribución de porcentajes según: Verificación de alergias en el paciente por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020.



Conclusión: el 84% de los instrumentadores encuestados siempre verifica si el paciente presenta alergias, el 9% casi siempre y el 7% nunca lo hace.

Tabla 14. Distribución de frecuencias según: Verificación que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020

VERIFICACION DE NOMBRE Y FUNCION DEL EQUIPO	F	%
Si	25	58%
No	18	42%
TOTAL	43	100%

Fuente: Datos obtenidos según encuesta realizada a Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Gráfico 14. Distribución de porcentajes según: Verificación que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020.



Conclusion: el 58% de los instrumentadores encuestados verifica que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función, mientras que el 42% no lo hace.

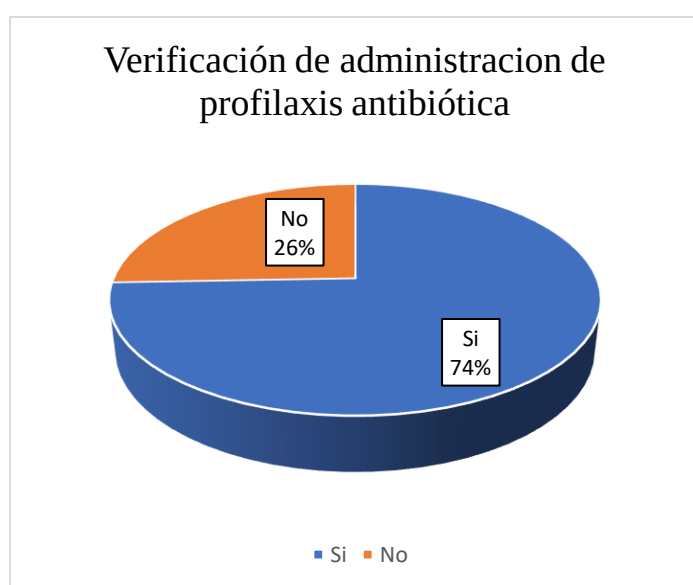
Tabla 15. Distribución de frecuencias según: Verificación de administración de profilaxis antibiótica por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020

VERIFICACION DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA	f	%
Si	32	74%

No	11	26%
TOTAL	43	100%

Fuente: Datos obtenidos según encuesta realizada a Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Gráfico 15. Distribución de porcentajes según: Verificación de administración de profilaxis antibiótica por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020.



Conclusion: el 74% de los instrumentadores encuestados verifica que se le haya administrado profilaxis antibiótica al paciente, mientras que el 26% no lo hace.

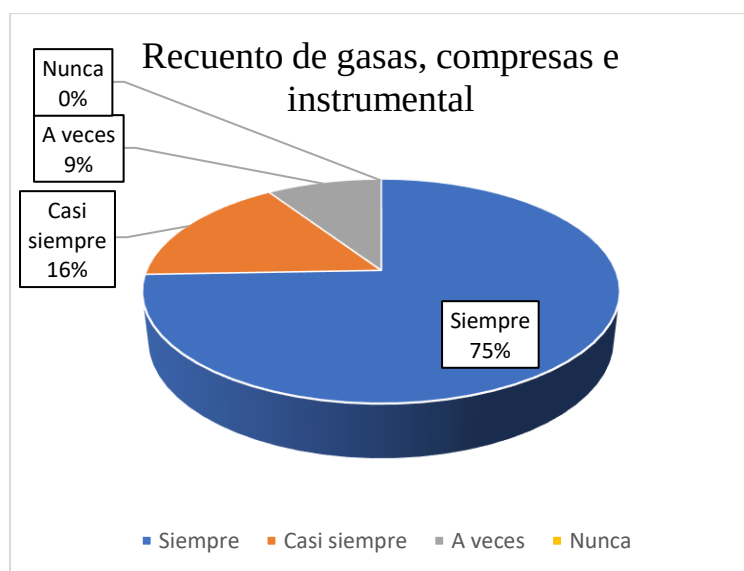
Tabla 16. Distribución de frecuencias según: Recuento de gasas, compresas e instrumental por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020

RECuento DE	F	%
GASAS,		

COMPRESAS E INSTRUMENTAL		
Siempre	32	74%
Casi siempre	7	16%
A veces	4	9%
Nunca	0	0%
TOTAL	43	100%

Fuente: Datos obtenidos según encuesta realizada a Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Gráfico 16. Distribución de porcentajes según: Recuento de gasas, compresas e instrumental por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020.



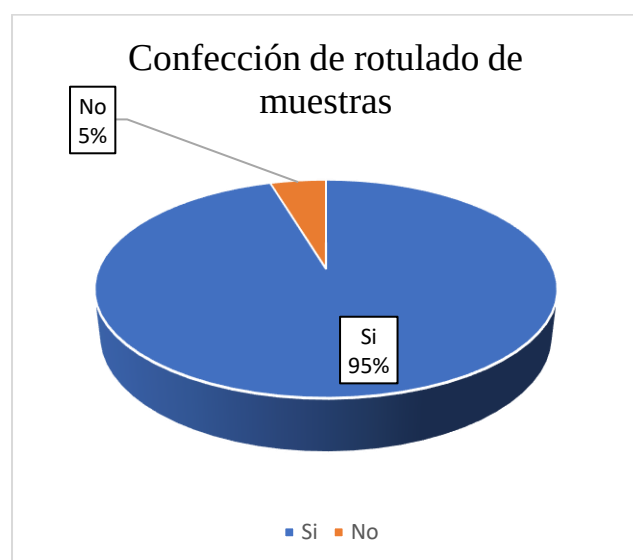
Conclusion: el 75% de los instrumentadores encuestados siempre realiza el recuento de gasas, compresas e instrumental, el 16% casi siempre, y finalmente el 9% a veces.

Tabla 17. Distribución de frecuencias según: Confección de rotulado de muestras por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020

ROTULADO DE MUESTRAS	F	%
Si	41	95%
No	2	5%
TOTAL	43	100%

Fuente: Datos obtenidos según encuesta realizada a Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Gráfico 17. Distribución de porcentajes según: Confección de rotulado de muestras por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020.



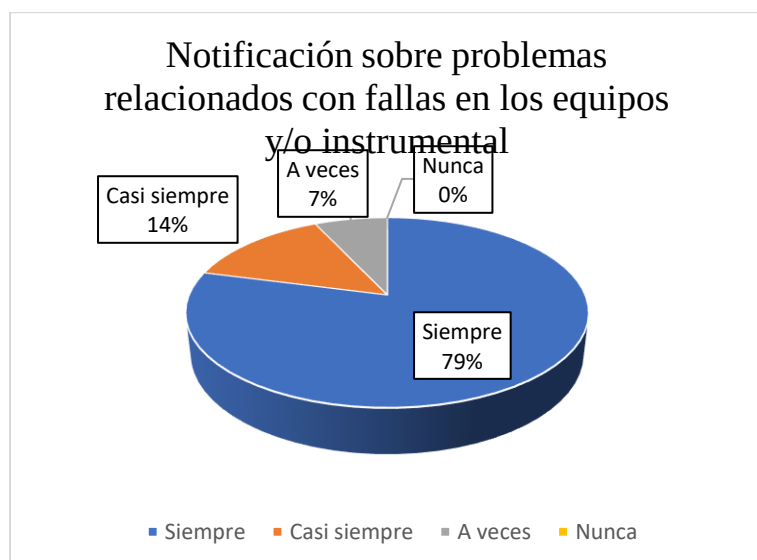
Conclusión: el 95% de los instrumentadores encuestados confecciona el rotulado de muestras, mientras que el 5% no lo hace.

Tabla 18. Distribución de frecuencias según: Notificación sobre problemas relacionados con fallas en los equipos y/o instrumental por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020

NOTIFICACION DE FALLAS EN EQUIPOS Y/O INSTRUMENTAL	F	%
Siempre	34	79%
Casi siempre	6	14%
A veces	3	7%
Nunca	0	0%
TOTAL	43	100%

Fuente: Datos obtenidos según encuesta realizada a Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Gráfico 18. Distribución de porcentajes según: Notificación sobre problemas relacionados con fallas en los equipos y/o instrumental por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020.



Conclusión: el 79% de los instrumentadores encuestados siempre notifica en caso de ser necesario sobre problemas relacionados con fallas en los equipos y/o instrumental, el 14% casi siempre, mientras que el 7% a veces lo realiza.

Tabla 19. Distribución de frecuencias según: Consideración sobre que determinados eventos pueden ser minimizados con el correcto cumplimiento de la lista quirúrgica por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020

MINIMIZACION DE EVENTOS CON EL CUMPLIMIENTO DE LA LISTA QUIRURGICA	f	%
Si	32	74%
No	4	9%

No se	7	16%
TOTAL	43	100%

Fuente: Datos obtenidos según encuesta realizada a Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Gráfico 19. Distribución de porcentajes según: Consideración sobre que determinados eventos pueden ser minimizados con el correcto cumplimiento de la lista quirúrgica por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020.



Conclusión: el 75% de los instrumentadores encuestados considera que determinados eventos pueden ser minimizados con el correcto cumplimiento de la lista quirúrgica, mientras que el 16% no lo sabe y el 9% no considera que así sea.

Tabla 20. Distribución de frecuencias según: Consideración en otros aspectos no contemplados en la lista quirúrgica por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020

CONSIDERACION EN ASPECTOS NO CONTEMPLADOS EN LA LISTA	f	%
Si	24	56%
No	2	5%
No se	17	40%
TOTAL	43	100%

Fuente: Datos obtenidos según encuesta realizada a Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Gráfico 20. Distribución de porcentajes según: Consideración en otros aspectos no contemplados en la lista quirúrgica por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020.



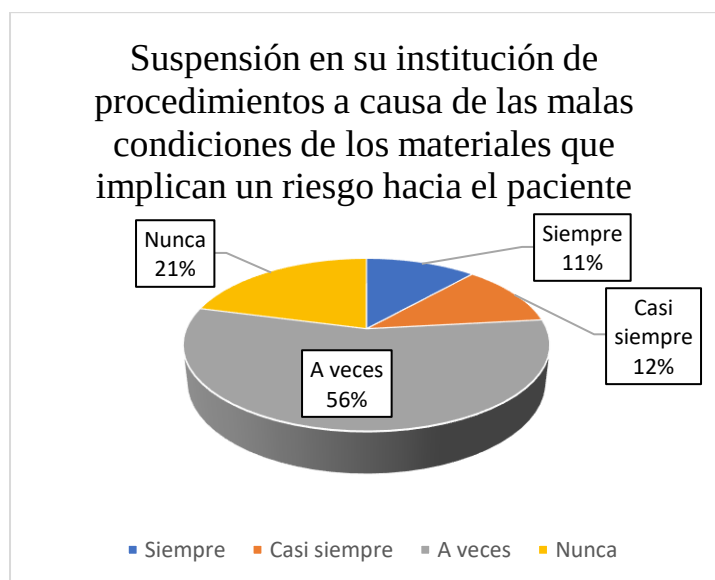
Conclusión: el 56% de los instrumentadores encuestados consideran que deben integrarse otros aspectos no contemplados en la lista quirúrgica, mientras que el 39% no lo sabe y el 5% considera que no debería integrarse ningún aspecto no contemplado en la lista quirúrgica.

Tabla 21. Distribución de frecuencias según: Suspensión en su institución de procedimientos a causa de las malas condiciones de los materiales que implican un riesgo hacia el paciente por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020

SUSPENSION DE PROCEDIMIENTOS	f	%
Siempre	5	12%
Casi siempre	5	12%
A veces	24	56%
Nunca	9	21%
TOTAL	43	100%

Fuente: Datos obtenidos según encuesta realizada a Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Gráfico 21. Distribución de porcentajes según: Suspensión en su institución de procedimientos a causa de las malas condiciones de los materiales que implican un riesgo hacia el paciente por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020.



Conclusión: el 56% de los instrumentadores encuestados afirman que a veces se suspenden en su institución procedimientos a causa de las malas condiciones de los materiales que implican un riesgo hacia el paciente, el 21% afirma que nunca sucede, mientras que el 12% y 11% casi siempre/siempre.

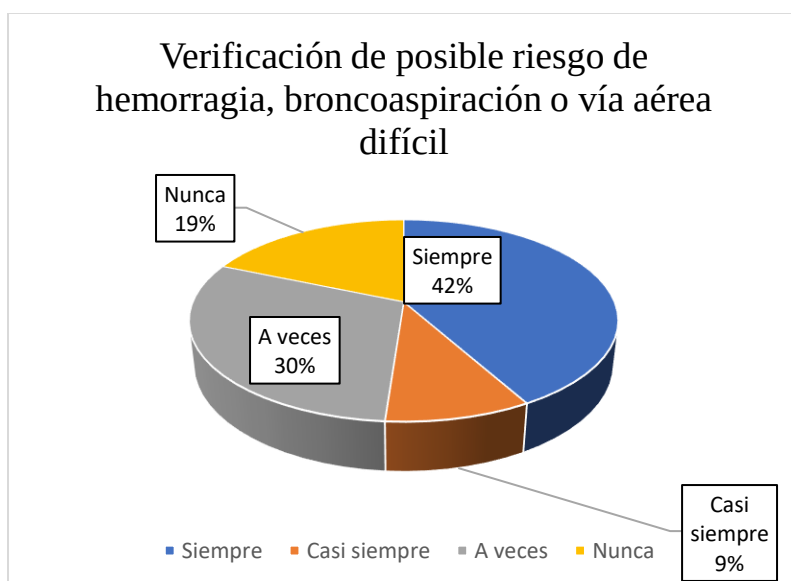
Tabla 22. Distribución de frecuencias según: Verificación de posible riesgo de hemorragia, broncoaspiración o vía aérea difícil por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020

VERIFICACION DE RIESGO DE HEMORRAGIA, BRONCOASPIRACION O VIA AEREA DIFICIL	F	%
Siempre	18	42%
Casi siempre	4	9%
A veces	13	30%

Nunca	8	19%
TOTAL	43	100%

Fuente: Datos obtenidos según encuesta realizada a Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Gráfico 22. Distribución de porcentajes según: Verificación de posible riesgo de hemorragia, broncoaspiración o vía aérea difícil por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020.



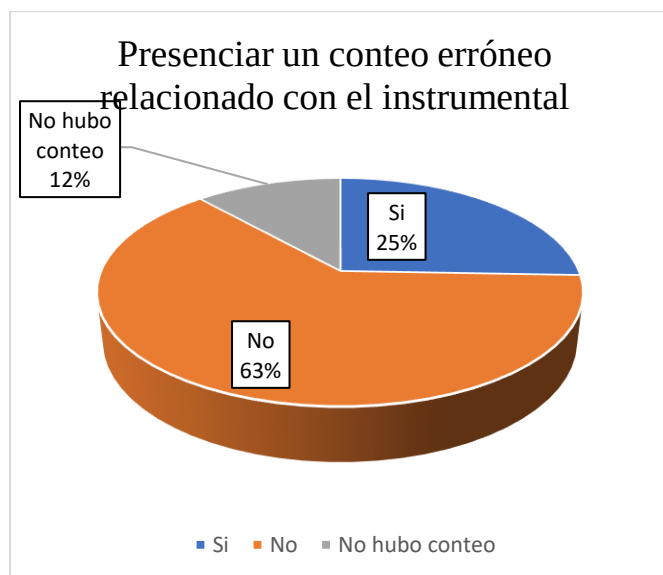
Conclusión: el 42% de los instrumentadores encuestados siempre verifica el posible riesgo de hemorragia/broncoaspiración o vía aérea difícil en los pacientes, el 30% a veces, el 19% nunca lo hace y finalmente el 9% casi siempre.

Tabla 23. Distribución de frecuencias según: Presenciar un conteo erróneo relacionado con el instrumental por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020

CONTEO ERRONEO DE INSTRUMENTAL	F	%
Si	11	26%
No	27	63%
No hubo conteo	5	12%
TOTAL	43	100%

Fuente: Datos obtenidos según encuesta realizada a Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Gráfico 23. Distribución de porcentajes según: Presenciar un conteo erróneo relacionado con el instrumental por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020.



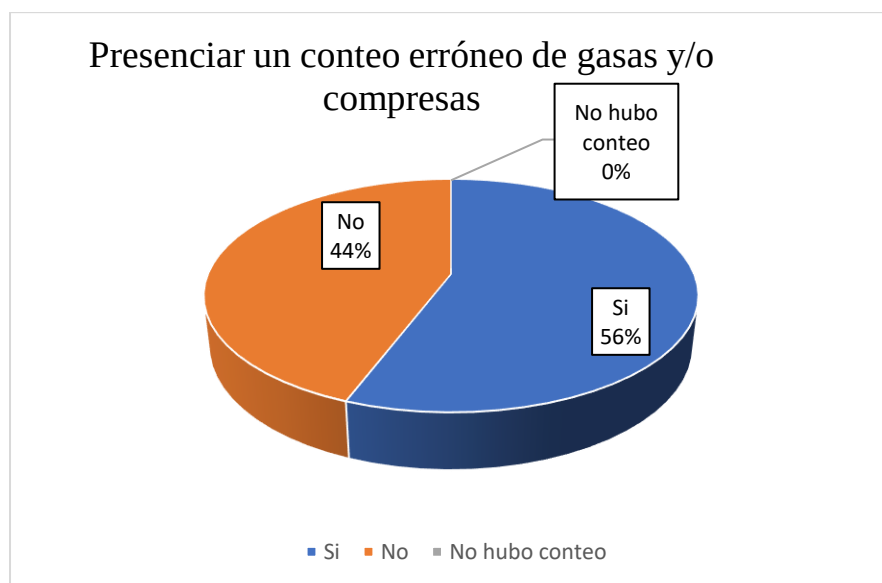
Conclusion: el 63% de los instrumentadores encuestados no presenciaron un conteo erróneo relacionado con el instrumental, mientras que el 12% si lo presencio y el 12% restante indica que no hubo conteo.

Tabla 24. Distribución de frecuencias según: Presenciar un conteo erróneo de gasas y/o compresas por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020

CONTEO ERRONEO DE GASAS Y/O COMPRESAS	F	%
Si	24	56%
No	19	44%
No hubo conteo	0	0%
TOTAL	43	100%

Fuente: Datos obtenidos según encuesta realizada a Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Gráfico 24. Distribución de porcentajes según: Presenciar un conteo erróneo de gasas y/o compresas por los Instrumentadores de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de agosto a diciembre del 2020.



Conclusión: el 56% de los instrumentadores encuestados presencio un conteo erróneo de gases y/o compresas, mientras que el 44% afirma no haberlo presenciado.

Hoja de resultados

Tabla N°1: El 65% de los instrumentadores son de género femenino, el 33% masculino y solo el 2% de otro tipo de género.

Tabla N°2: El 42% de los instrumentadores tienen un rango de edad entre 23 y 28 años, el 21% entre 29 y 34 años, el 19% entre 35 y 40 años y el 19% más de 41 años.

Tabla N°3: El 88% de los instrumentadores siempre realiza un control de identidad del paciente, el 7% casi siempre, y el 2% a veces o nunca.

Tabla N°4: El 86% de los instrumentadores siempre controla el procedimiento a realizar, el 12% casi siempre, y el 2% a veces.

Tabla N°5: El 58% de los instrumentadores siempre controla el procedimiento a realizar con el paciente, el 26% casi siempre, el 14% a veces y solo el 1% nunca lo hace.

Tabla N°6: El 79% de los instrumentadores siempre verifica que el paciente concurra con el consentimiento informado firmado, el 9% casi siempre, el 7% a veces y solo el 5% nunca lo hace.

Tabla N°7: El 49% de los instrumentadores siempre verifica el sitio quirúrgico, el 23% casi siempre, el 21% a veces y el 7% nunca lo hace.

Tabla N°8: El 42% de los instrumentadores siempre verifica el baño quirúrgico previo, el 28% casi siempre, el 21% a veces y el 9% nunca lo hace.

Tabla N°9: El 95% de los instrumentadores siempre realiza un informe si el paciente no presenta los requisitos esperados, el 2% casi siempre y el 2% nunca lo hace.

Tabla N°10: El 63% de los instrumentadores siempre realiza un control de equipos, el 33% casi siempre y el 5% a veces.

Tabla N°11: El 93% de los instrumentadores siempre notifica fallas en los equipos, el 5% casi siempre, y el 2% a veces.

Tabla N°12: El 79% de los instrumentadores verifica que el oxímetro de pulso este colocado, el 21% no lo hace.

Tabla N°13: El 84% de los instrumentadores siempre verifica si el paciente presenta alergias, el 9% casi siempre, y el 7% nunca lo hace.

Tabla N°14: El 58% de los instrumentadores verifica que cada integrante se presente por nombre y función, el 26% no lo hace.

Tabla N°15: El 74% de los instrumentadores verifica que se administre la profilaxis antibiótica, el 26% no lo hace.

Tabla N°16: El 74% de los instrumentadores realiza siempre el recuento de gasas, compresas e instrumental, el 16% casi siempre, y el 9% a veces.

Tabla N°17: El 95% de los instrumentadores realiza el rotulado de las muestras, el 5% no lo realiza.

Tabla N°18: El 79% de los instrumentadores notifica fallas en equipos y/o instrumental, el 14% casi siempre, y el 7% a veces.

Tabla N°19: El 74% de los instrumentadores considera que pueden minimizarse eventos adversos con el cumplimiento de la lista quirúrgica, el 9% no lo considera, y el 16% no lo sabe.

Tabla N°20: El 56% de los instrumentadores cree que se debe tener consideración en aspectos no contemplados en la lista quirúrgica, el 5% cree que no, y el 40% no lo sabe.

Tabla N°21: El 12% de los instrumentadores hizo referencia a que siempre se suspenden en su institución procedimientos a causa de las malas condiciones de los materiales que implican un riesgo hacia el paciente, el 12% casi siempre, el 56% a veces y el 21% nunca.

Tabla N°22: El 42% de los instrumentadores siempre verifica si el paciente presenta riesgo de hemorragia, broncoaspiración o vía aérea difícil, el 9% casi siempre, el 30% a veces y el 19% nunca lo hace.

Tabla N°23: El 26% de los instrumentadores presencio un conteo erróneo de instrumental, el 63% no lo presencio, y el 12% no hubo conteo.

Tabla N°24: El 56% de los instrumentadores presenciaron un conteo erróneo de gasas y/o compresas, el 44% no lo presenciaron.

Conclusión

He realizado una investigación basada en el estudio retrospectivo, descriptivo y transversal, con el objetivo principal de analizar de qué manera los instrumentadores quirúrgicos cumplen con la lista de chequeos para minimización de eventos quirúrgicos adversos.

El instrumento se aplicó de agosto a diciembre del 2020 en 43 instrumentadores que se encuentran trabajando actualmente en una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con un rango de edad promedio entre 23 y 41 años y en su gran mayoría de sexo femenino.

De acuerdo con los resultados obtenidos podemos distinguir que el 88% de los instrumentadores siempre realiza un control de identidad del paciente, mientras que el 7% afirma que casi siempre, y el 2% a veces o nunca. Un correcto chequeo de la identidad de cada paciente puede erradicar errores como la atención de pacientes equivocados y como consecuencia distintos procedimientos.

En base a el control del procedimiento a realizar el 86% de los instrumentadores siempre lo controla, mientras que el 12% afirma que casi siempre, y el 2% a veces. Este ítem es fundamental para evitar equivocaciones en las cirugías que se llevaran a cabo.

Con respecto a informar al médico en caso de que el paciente no presente los requisitos esperados para poder realizar un determinado procedimiento el 95% de los instrumentadores siempre lo hace, el 2% casi siempre y el 2% nunca lo hace.

Por otra parte, un gran número de los instrumentadores encuestados (79%) siempre verifica que el paciente concurra con el consentimiento informado firmado, mientras que el 9% casi siempre, el 7% a veces y solo el 5% nunca lo hace.

Cuando a los instrumentadores se les pregunto sobre la verificación del sitio quirúrgico respondieron que el 49% siempre lo hace, el 23% casi siempre, el 21% a veces y solo el 7% nunca lo hace.

Sobre la presencia de alergias en el paciente el 84% de los instrumentadores siempre lo verifica, mientras que el 9% casi siempre, y el 7% nunca lo hace.

De acuerdo con el recuento de gasas, compresas e instrumental el 74% de los instrumentadores respondió que siempre lo hace, mientras que el 16% casi siempre, y el 9% a veces.

En base a él rotulado de muestras el 95% de los instrumentadores lo realiza mientras que solo el 5% no lo hace.

En referencia a las fallas en los equipos y/o instrumental, el 79% de los instrumentadores las notifica, el 14% casi siempre, y el 7% a veces.

Según los resultados, el 12% de los instrumentadores hizo referencia a que siempre se suspenden en su institución procedimientos a causa de las malas condiciones de los materiales que implican un riesgo hacia el paciente, el 12% afirma que casi siempre, el 56% a veces y el 21% nunca.

Por otro lado, los resultados obtenidos nos permiten observar algo importante, que solo el 42% de los instrumentadores siempre verifica si el paciente presenta riesgo de hemorragia,

broncoaspiración o vía aérea difícil, el 9% casi siempre, el 30% a veces y el 19% nunca lo hace.

Identificando los riesgos, peligros y reconociendo las posibles prevenciones que garanticen la seguridad de cada profesional médico como paciente y con el óptimo cumplimiento de la lista quirúrgica evitaremos la aparición de eventos adversos no deseados y evitables. De esta manera podremos ejercer la profesión de una manera ideal, segura y sana para cada Instrumentador Quirúrgico.

Bibliografía

- Alemán, J. M. (2013). Seguridad del paciente en el area quirurgica: aspectos juridicos positivos de la implantacion del check list o lista de verificacion quirurgica. *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, 6-10.
- Cantillo, V. (Enero de 2012). *Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/242569532_Seguridad_de_los_pacientes_Un_compromiso_de_todos_para_un_cuidado_de_calidad#citations
- Encolombia. (s.f.). Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson. *Revista de actualizacion en enfermeria*. Obtenido de <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/>
- OMS. (2008). *Lista OMS de verificacion de la seguridad de la cirugia manual de aplicacion* . Obtenido de https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_manual_spanish.pdf
- Urra, E., Jana, A., y García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y enfermería*, 17(3), 11-22.
- Pérez, A. D. (2010). Verificación del cumplimiento de la lista de chequeo para minimización de eventos quirúrgicos adversos transoperatorios. prácticas para una cirugía más segura. *Ciencia y Salud Virtual*, 2(1), 43-60.

Anexo I

Encuesta

Mi nombre es Camila Vera, soy estudiante de cuarto año de la Licenciatura en instrumentación quirúrgica de la Universidad Abierta Interamericana, estoy realizando mi trabajo final sobre "Cumplimiento de la lista quirúrgica para minimización de eventos adversos" y para ello necesito recolectar datos mediante la siguiente encuesta. Destinada a Técnicos en instrumentación quirúrgica y/o Licenciados en instrumentación quirúrgica. Agradezco su colaboración, la encuesta es de carácter anónimo, les llevara unos minutos para responderla. ¡Muchas gracias!

1) Indique su genero

- Femenino
- Masculino
- Otro

2) Indique su edad según el siguiente rango:

- Entre 23 y 28 años
- Entre 29 y 34 años
- Entre 35 y 40 años
- Más de 41 años

3) Según la siguiente escala indique con qué frecuencia, ud. ¿Realiza el control de identidad del paciente?

- Siempre

- Casi siempre
- A veces
- Nunca

4)Según la siguiente escala indique con qué frecuencia, ud. ¿Verifica el procedimiento que se va a realizar?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Nunca

5)Según la siguiente escala indique con qué frecuencia, ud.¿Verifica con el paciente el procedimiento que se le va a realizar?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Nunca

6)Según la siguiente escala indique con qué frecuencia, ud. ¿Verifica que el paciente concurra con el consentimiento informado firmado?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Nunca

7)Según la siguiente escala indique con qué frecuencia, ud.¿Verifica junto al paciente el sitio quirúrgico?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Nunca

8)Según la siguiente escala indique con qué frecuencia, ud. ¿Verifica que se le realizó al paciente el baño quirúrgico previo?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Nunca

9)Según la siguiente escala indique con qué frecuencia, ud. ¿Informa al médico tratante en caso de que el paciente no esté en ayuna y/o no cumpla con los requisitos esperados?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Nunca

10)Según la siguiente escala indique con qué frecuencia, ud. ¿Realiza un control de cada equipo antes de iniciar el procedimiento quirúrgico?

- Siempre

- Casi siempre
- A veces
- Nunca

11)Según la siguiente escala indique con qué frecuencia, ud. ¿Notifica y/o notificaría, en caso de presentarse una falla en un equipo?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Nunca

12)¿Ud. verifica si al paciente se le colocó un oxímetro de pulso?

- Si
- No

13)Según la siguiente escala indique con qué frecuencia, ud. ¿Verifica con el paciente, si este es alérgico?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Nunca

14)¿Ud. confirma que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función?

- Si

- No

15)¿Ud. verifica que se administre la profilaxis antibiótica?

- Si
- No

16)Según la siguiente escala indique con qué frecuencia, ud. ¿Realiza recuento de gasas, compresas e instrumental?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Nunca

17)¿Ud. confecciona el rotulado de las muestras?

- Si
- No

18)Según la siguiente escala indique con qué frecuencia, ud. En caso de ser requerido, ¿Notifica sobre problemas relacionados con fallas en los equipos y/o instrumental?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Nunca

19)¿Ud considera que determinados eventos pueden ser minimizados con el correcto cumplimiento de la lista quirúrgica?

- Si
- No
- No se

20)¿Cree Ud. que debería tenerse consideración en otros aspectos no contemplados en la lista quirúrgica?

- Si
- No
- No se

21)Según la siguiente escala indique ¿Con qué frecuencia se suspenden en su institución los procedimientos a causa de las malas condiciones de los materiales que implican un riesgo hacia el paciente?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Nunca

22)Según la siguiente escala indique con qué frecuencia, ud. ¿Verifica si el paciente puede llegar a tener riesgo de hemorragia, broncoaspiración o vía aérea difícil?

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Nunca

23)¿Ud. presencié un conteo erróneo relacionado con el instrumental?

- Si
- No
- No hubo conteo

24)¿Ud presencié un conteo erróneo de gasas y/o compresas?

- Sí
- No
- No hubo conteo

Anexo II

Matriz de datos (Ver Excel adjunto)