



UAGro

FACULTAD DE ENFERMERÍA N° 2
COORDINACIÓN DE POSGRADO

CONACYT

Especialidad de Enfermería Médico Quirúrgica**TESIS:**

Evaluación de la Calidad de Intervenciones del cuidado perioperatorio de enfermería en la seguridad del paciente en el área quirúrgica en un Hospital de Segundo Nivel de atención.

Presenta:

Lic. Enf. María Carolina Palma Zárate.

Director Interna: M.C. Dora Lina Bahena Acevedo.

GD: La Bioseguridad en Enfermería.

LGAC: Calidad de Enfermería en los Procesos de Bioseguridad.

LGAC DE LA ESPECIALIDAD: Calidad de los Procesos de Enfermería Médico Quirúrgica.

ACAPULCO, 2020

ÍNDICE

Agradecimiento	1
Dedicatorias	2
Resumen	3
<u>INTRODUCCIÓN</u>	5
<u>CAPÍTULO 1: GENERALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN</u>	7
<u>1.1 Planteamiento del Problema</u>	8
<u>1.2 Objetivos</u>	9
<u>1.2.1 Objetivo General</u>	9
<u>1.2.2 Objetivos Específicos</u>	9
<u>1.3 Hipótesis</u>	10
<u>1.4 Justificación</u>	10
<u>1.5 Contexto de la Investigación</u>	12
<u>1.5.1 Estado de Guerrero</u>	12
<u>1.5.2 Municipio de Acapulco</u>	12
<u>1.5.3 Hospital General Regional Vicente Guerrero</u>	12
<u>CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO</u>	15
<u>2.1 Base Teórica</u>	16
<u>2.1.1 Preoperatorio</u>	16
<u>2.1.2 Transoperatorio</u>	17
<u>2.1.3 Post- Operatorio</u>	19

<u>2.1.4 Calidad</u>	21
<u>2.1.5 Cuidados de Enfermería</u>	22
<u>2.1.6 Calidad del Cuidado de Enfermería.</u>	22
<u>2.1.7 La Seguridad del paciente</u>	23
<u>2.1.8 La Bioseguridad en Enfermería</u>	24
<u>2.1.9 Principios de Bioseguridad</u>	25
<u>2.1.10. Elementos Básicos de la Bioseguridad</u>	26
<u>2.2 Antecedentes</u>	27
<u>2.2.1 Internacionales</u>	27
<u>2.2.2. Nacionales</u>	30
<u>CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</u>	32
<u>3.1 Tipo de Estudio</u>	33
<u>3.2 Periodo del Estudio</u>	33
<u>3.3. Variables</u>	34
<u>3.4 Análisis de Variables</u>	35
<u>3.5 Población</u>	37
<u>3.6 Muestra</u>	37
<u>3.8 Técnica del Instrumento</u>	37
<u>3.9 Método de Análisis de Datos</u>	39
<u>3.10 Ética del Estudio</u>	39

<u>3.11 Código Ético</u>	39
<u>3.11.1 Principios Éticos de la Investigación en Seres Humanos</u>	42
<u>3.12 MARCO LEGAL</u>	43
<u>3.12.1 Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012</u>	43
<u>3.12.2 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos</u>	44
<u>3.12.3 Ley General De Salud</u>	44
<u>3.13 INTERPRETACIÓN DE RESULTADO</u>	45
<u>3.13.1 Resultados de las fases del Perioperatorio:</u>	45
<u>3.13.2 Resultados de la fase Preoperatorio</u>	49
<u>3.13.3 Resultados de la fase Transoperatorio</u>	51
<u>3.13.4 Resultados de la fase Posoperatorio</u>	53
<u>3.13.5 Resultados de la deficiencia de atención de las</u>	
<u>fases del Perioperatorio</u>	54
<u>3.14 Discusión</u>	55
<u>3.15 Conclusiones</u>	57
<u>3.16 Sugerencias</u>	58
<u>Bibliografía</u>	59
<u>ANEXOS</u>	68

AGRADECIMIENTOS

El amor recibido, la dedicación y la paciencia con la que cada día se preocupan mis padres por mi avance y desarrollo de esta tesis es simplemente único y se refleja en la vida de un hijo.

Gracias a mis padres y a mi hija, por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas.

Agradezco a mis maestros por transmitirme todos sus arduos conocimientos, tener la paciencia y dedicación para sus enseñanzas.

Gracias a la vida y a Dios por este nuevo triunfo, a las personas que me apoyaron y creyeron en la realización de esta tesis.

DEDICATORIAS

La vida se encuentra plagada de retos y uno de ellos es la especialidad en enfermería es una base no solo para mi entendimiento del campo en el que me veo inmerso en la vida cotidiana

Dedico este proyecto a mis padres Xóchitl y Alberto por el apoyo que siempre me han brindado para salir adelante este logro es en gran parte gracias a ustedes.

A mi hija Regina, tu afecto y cariño son las detonaciones a mi felicidad, de mi esfuerzo de mis ganas de buscar lo mejor para ti.

Resumen

Introducción: La seguridad de la cirugía en pacientes quirúrgicos se relaciona con el estado de la infraestructura, equipo, calidad y cantidad de medicamentos, con la gestión administrativa, lucha contra las infecciones, capacidad en la formación del personal, carencia de recursos financieros, prácticas inadecuadas de seguridad en el equipo quirúrgico, comunicación de los integrantes que participan en el proceso quirúrgico entre otros, que son los factores que contribuyen a las dificultades de la seguridad del paciente en la práctica actual. **Objetivo:** Evaluar la intervención del cuidado perioperatorio de enfermería en la seguridad del paciente en el área quirúrgica en el hospital General Regional Vicente Guerrero para mejorar la atención de calidad a través de estrategias de atención eficiente de los mismos. **Metodología:** Investigación de tipo descriptiva, prospectiva, no experimental ya que se analizó el fenómeno en su ambiente natural. **Resultados:** De acuerdo a la escala de valoración en donde el nivel de calidad se clasifica como Bueno, Regular y Malo, se obtienen los resultados de forma general donde se evaluó que el personal de enfermería durante el Preoperatorio, proporcionó una atención de enfermería Regular, de acuerdo a los intervalos establecidos se obtiene el mayor número de porcentajes en este rubro. En el Transoperatorio con un 74% se realizó un cuidado de manera Regular en la atención al paciente y en el Posoperatorio se observaron los resultados de Buena calidad de atención con un 100% del porcentaje. **Conclusión:** Después de revisar los resultados obtenidos en las tres fases, en la cual se brinda la menor calidad del cuidado de enfermería en la seguridad del paciente integral, en el paciente quirúrgico, es en la fase preoperatoria ya que ella se ha obtenido un menor número de porcentaje de calidad cabe mencionar que existe un déficit de personal en dicha fase de intervención ya que solo brinda atención una sola enfermera en cada turno es esta área. En la que mayor cuidado para la seguridad del paciente se da es en la fase postoperatoria en ella se observado un cuidado de mejor calidad hacia el paciente.

PALABRAS CLAVE: Calidad de las intervenciones de enfermería y Seguridad del Paciente.

Summary

Introduction: The safety of surgery in surgical patients is related to the state of infrastructure, equipment, quality and quantity of drugs, administrative management, fight against infections, capacity in staff training, lack of financial resources, practices inadequate safety in the surgical team, communication of the members who participate in the surgical process among others, which are the factors that contribute to the difficulties of patient safety in current practice. **Objective:** To evaluate the intervention of perioperative nursing care in patient safety in the surgical area at the Vicente Guerrero Regional General Hospital to improve quality care through efficient care strategies for them. **Methodology:** Descriptive, prospective, non-experimental research, since the phenomenon was analyzed in its natural environment. **Results:** According to the assessment scale where the level of quality is classified as Good, Regular and Bad, the results are obtained in a general way where it was evaluated that the nursing staff during the Preoperative, provided a Regular nursing care, according to At the established intervals, the highest number of percentages is obtained in this item. During the intraoperative period, with 74%, regular care was performed in patient care and in the postoperative period, the results of Good quality of care were observed with 100% of the percentage. **Conclusion:** After reviewing the results obtained in the three phases, in which the lowest quality of nursing care is provided in the safety of the integral patient, in the surgical patient, it is in the preoperative phase since it has obtained a lower Quality percentage number It is worth mentioning that there is a shortage of personnel in this intervention phase since only one nurse provides care in each shift in this area. In the postoperative phase, the greatest care for patient safety is observed, in which better quality care for the patient is observed.

KEY WORDS: Quality of nursing interventions and Patient Safety.

INTRODUCCIÓN

La seguridad de la cirugía en pacientes quirúrgicos se relaciona con el estado de la infraestructura, equipo, calidad y cantidad de medicamentos, con la gestión administrativa, lucha contra las infecciones, capacidad en la formación del personal, carencia de recursos financieros, prácticas inadecuadas de seguridad en el equipo quirúrgico, comunicación de los integrantes que participan en el proceso quirúrgico entre otros, que son los factores que contribuyen a las dificultades de la seguridad del paciente en la práctica actual. La seguridad quirúrgica y desde la perspectiva del registro de actividad, encontramos que en el entorno perioperatorio se registra información en tres etapas: 1) desde el ingreso hospitalario hasta la intervención quirúrgica, etapa preoperatoria, se verifica en el expediente clínico, desde la historia clínica, evaluados por la checklist' denominado lista de verificación quirúrgica (LVQ). 2) acto quirúrgico es la verificación del entorno del área quirúrgica. 3) el postoperatorio inmediato, valora las primeras horas postquirúrgicas en el servicio de recuperación anestésica – quirúrgica y la evolución del paciente en el postoperatorio tardío, en la unidad de hospitalización correspondiente; en cada uno de los sub procesos quirúrgicos mencionados, el cuidado de enfermería para la seguridad del paciente no solo se limita a la ausencia de errores, si no que comprende aspectos como la confianza, comunicación, información y participación de los mismos en su propia seguridad, que constituye la percepción del paciente, la gestión eficaz del cuidado seguro, en la relación de enfermera/paciente, donde se construye, un entorno de confianza que genera satisfacción, para conseguir el máximo grado de seguridad en la atención que se presta al paciente.

Para abordar el estudio se conceptualiza la seguridad de los pacientes, que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009), define como la ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención sanitaria, que se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente

probadas con el objeto de minimizar, el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Por lo tanto, en esta perspectiva la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP), es crucial para el trabajo de investigación que se realizó, ya que permitió la estandarización de conceptos y términos preferenciales a fin de prever riesgos con base a una ontología de dominio, por el equipo quirúrgico, a través de la lista de verificación, y la prevención de riesgos en las tres etapas del proceso quirúrgico.

Con lo antes expuesto se propuso evaluar las intervenciones de cuidados que la enfermería realiza, para la seguridad del paciente, durante el periodo perioperatorio en el área quirúrgica del Hospital General Regional Vicente Guerrero, en Acapulco.

CAPÍTULO 1: GENERALIDADES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del Problema

La seguridad del paciente quirúrgico, constituye un proceso complejo de implicaciones subjetivas, individuales y colectivas, ético-políticas, científicas, prácticas y organizacionales que intervienen de manera multidimensional e interdependiente en la atención de la salud, la seguridad del paciente quirúrgico, se encuentra vinculada a la promoción y protección de la vida, los derechos fundamentales de las personas, la provisión de ambientes y prácticas de salud libres de amenazas y riesgos y la mitigación de los daños producidos.

En el ambiente quirúrgico el paciente pasa a formar parte de un sistema que implica riesgos adicionales; E Pecci AE (2013), describe que entre un 4% y un 17% de los pacientes que ingresan en hospital, sufrirán un accidente imprevisto e inesperado, derivado de la atención sanitaria, de los cuales alrededor del 50% se consideran evitables, citando a las intervenciones quirúrgicas, producen al menos 7 millones de complicaciones incapacitantes y un millón de defunciones al año; en este contexto el trabajo de investigación consistió en la identificación de riesgos quirúrgicos, en las intervenciones del cuidado perioperatorio de enfermería en la seguridad del paciente, de los siguientes subprocesos: a)prevenir la infección de localización quirúrgica; b)prevenir el lugar/paciente/procedimiento erróneo; c) mejorar la seguridad de los equipos quirúrgicos; d) seguridad en el manejo de la anestesia y el uso de los medicamentos; confirmando el accionar la de Checklist' en el área quirúrgica del hospital regional Vicente Guerrero del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), cambio en la organización de tiempos en las listas quirúrgicas y posibilidad de retrasos; falta de convicción de su utilidad; sensación de duplicación de tareas; falta de adaptación del listado a las circunstancias del centro; respeto a la privacidad del paciente, comunicación efectiva, ya que solo se registra por la enfermera circulante.

El Hospital Regional Vicente Guerrero cuenta con diversas salas operatorias y diferentes cirugías programadas, en donde la calidad de cuidados que se le da al paciente, para su seguridad durante este proceso, no se efectúa como tal, considerando distintos aspectos que hacen que estas intervenciones, tengan debilidades a la hora de otorgarse, una es la falta de personal, así como la capacitación del mismo y otra la falta constante de insumos.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la calidad de las intervenciones que realiza el personal de enfermería en el cuidado perioperatorio para la seguridad del paciente en el Hospital Regional Vicente Guerrero?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Evaluar la calidad de las intervenciones del cuidado perioperatorio de enfermería en la seguridad del paciente, en el área quirúrgica, en el Hospital General Regional Vicente Guerrero del IMSS.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de seguridad que brinda la enfermera, a nivel emocional, físico y de riesgo.

- Evaluar en qué fase del perioperatorio quirúrgico las intervenciones de enfermería presenta mayores debilidades.

1.3 Hipótesis

Si se realizara un cuidado de enfermería de calidad durante el perioperatorio entonces se brindaría mejor seguridad al paciente, logrando una buena atención.

1.4 Justificación

En la actualidad, unos de los indicadores de calidad de atención es la seguridad del paciente, en esta se incluyó la prevención de riesgo y cuidados. La actividad laboral debe estar sujeta a un conjunto de pautas y normas que garanticen la salud del trabajador y de los pacientes. Por lo tanto, el cumplimiento de las actividades de enfermería en la etapa pre - trans y posoperatorio; son medidas para cuidar la integridad, especialmente cuando el tratamiento es de índole invasivo y traumático como son las cirugías.

La evaluación de la actividades de enfermería en el perioperatorio, llevó por consiguiente a realizar el presente estudio de investigación, observando en la práctica, los cuidados que la enfermera otorga durante el perioperatorio, desde la llegada del usuario en los preoperatorios hasta su egreso de los posoperatorios, es fundamental también la preparación psicológica y física, estos aspectos van inmersos en el cuidado perioperatorio, para obtener un buen resultado en la intervención quirúrgica.

Los resultados de esta investigación aún no se han dado a conocer en el hospital, se pretende hacerlo con el fin de mejorar el cuidado y seguridad, realizar capacitación de enfermería en la bioseguridad del paciente quirúrgico y mejorar la calidad de atención. Esto ayudará a otorgar un cuidado de enfermería con calidad, prevenir y disminuir los riesgos en el pre, trans y posoperatorio y evitar eventos adversos durante una intervención, así como asegurar la vida de los usuarios, quienes son nuestra principal razón de ser, por lo que serán

los principales beneficiados en este estudio de investigación, cuyo objetivo es prevenir errores o accidentes que puedan poner en peligro tanto la salud, como la vida misma, permitirá además establecer un trato, que trascienda la simple aplicación de las técnicas enfermeras y considerar todos los aspectos de su condición como seres integrales.

Hoy en día se han registrado distintos tipos de errores relacionados con la atención de enfermería y del demás equipo quirúrgico, porque no se llevan a cabo las medidas de bioseguridad para evitar el contagio por la exposición de agentes infecciosos, sean físicos, químicos o biológicos.

Asimismo, la presente investigación contribuye a la disciplina de enfermería, al ser referencia para estudios perioperatorios sobre la calidad de los cuidados, que brinda el personal de enfermería en el área quirúrgica, ya que no existen muchas investigaciones enfocadas al bloque quirúrgico.

De igual forma, esta investigación es de utilidad para el H.G.R. Vicente Guerrero del IMSS, para encaminar su labor, teniendo a la enfermería basada en evidencia, como gremio responsable en sus procesos, que contribuye a la mejora continua de los mismos.

1.5 Contexto de la Investigación

1.5.1 Estado de Guerrero

El estado de Guerrero fue constituido formalmente el 27 de octubre de 1849. Le debe su nombre al héroe de la Independencia de México, don Vicente Guerrero Saldaña, originario de la ciudad de Tixtla de Guerrero. De acuerdo a sus características económicas, sociales y geográficas se encuentra dividido en 81 municipios, integrados en siete regiones: la Montaña, Zona Centro, Acapulco, Zona Norte, Costa Grande, Costa Chica y Tierra Caliente. (Tixtla, 2019).

1.5.2 Municipio de Acapulco

Acapulco, nombre náhuatl con el que se bautizó, en el siglo XV, una vez sometida por el emperador mexica Ahuízotl; su significado: “En donde hay Cañas Grandes”. Fue hasta finales del siglo XX cuando se abrió el camino que comunicaba a la ciudad de México con el puerto, la transformación de Acapulco como destino turístico fue cuando el príncipe de gales visitó la bahía en una expedición de pesca. Sus principales atractivos son: El fuerte de San Diego lugar con gran valor histórico que se dice que fue habitado por piratas. La isla de la Roqueta que por la suavidad del oleaje es propicia para bucear. La Quebrada donde el escenario formado por el acantilado de 40 metros de altura donde se lanzan para caer en un brazo de mar. El Parque Papagayo bella reserva ecológica, cuenta con espacios deportivos. Se ha expandido y dividido en tres grandes áreas: Acapulco Dorado, Acapulco Diamante y Acapulco Tradicional. (Wikipedia, 2018)

1.5.3 Hospital General Regional Vicente Guerrero

Esta Unidad comenzó sus servicios a partir del primero de octubre de 1991, pero oficialmente el Hospital General Regional No. 1 denominado “Vicente Guerrero” fue inaugurado el 23 de octubre del mismo año. Los primeros servicios que se otorgaron fueron el Centro de Documentación en Salud y el Servicio de Anatomía Patológica. El primer director del hospital fue el doctor, Rafael Piza Bernal. La instalación cuenta con 433 camas, de ellas 329 son censables y 104 no censables, con 39 consultorios de especialidad, 12 quirófanos, Radiodiagnóstico, Laboratorio de Análisis Clínico, de Anatomía Patológica, hospitalización, diálisis peritoneal, hemodiálisis intramuros, acciones de Medicina Preventiva (vacunación), Vigilancia Epidemiológica y cuenta con una plantilla de mil 835 trabajadores de base y confianza.

El hospital registra la realización por primera vez trasplantes de riñón y córneas en 2007, y para 2009 se implementó el programa Hospital sin Ladrillos, realizando remodelaciones para el sexto piso de cirugía, séptimo piso de Traumatología y octavo piso de Medicina Interna, el cual concluyó en su totalidad en 2011. El HGR es de segundo nivel de atención, se ubica en el puerto de Acapulco, atiende al mes más de mil 200 consultas de especialidades. El hospital cuenta con ocho salas las cuales dos son especialmente para la especialidad de traumatología, una es para cirugías de urgencias y en las otras cinco restantes se llevan a cabo cirugías de otras especialidades (Maxilofacial, Urología, Otorrinolaringología, Proctología, Cirugía general, Oncología, Neurocirugía, etc.). (IMSS, 2015). Además, en la tococirugía, cuenta con una sala exclusiva para cesáreas programadas y de urgencia.

Al llegar el paciente a quirófano del hospital Vicente Guerrero se recibe en la sala de cirugía ambulatoria, la enferma general de esa área se encarga de preparar al paciente y realizar el llenado de las hojas de enfermería correspondiente, para llevarlo al quirófano. Cuando llega a quirófano la enfermera general de los preoperatorio lo recibe e instala en una camilla, monitoriza signos vitales, y realiza entrevista prequirúrgica, para prevenir riesgo, proporcionar información y disminuir la ansiedad, en esta unidad también previo a la cirugía la enfermera quirúrgica, el anesthesiólogo y el médico cirujano, se presenta con el paciente y realizan ciertos cuestionamientos, una vez listo el paciente se lleva a la sala de operaciones, ahí es recibido por la enfermera circulante que se encarga de brindar la

atención al paciente y junto con la enfermera de los preoperatorios, instalan al paciente en la mesa de operaciones, durante la cirugía todo el equipo quirúrgico es el encargado de brindarle seguridad al paciente, una vez terminada la cirugía, la enfermera circulante entrega al paciente y lo instala en la unidad postoperatoria, donde la enfermera general se encarga de recibirlo, monitorizar signos vitales y corrobora que el paciente esté en buenas condiciones y su procedimiento se haya realizado con todas las medidas de bioseguridad necesarias, verifica la cirugía del paciente y brinda el cuidado durante las primeras horas después de la cirugía, hasta su egreso de la unidad post operatoria ya sea al domicilio o al piso correspondiente.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 Base Teórica

2.1.1 Preoperatorio

Los cuidados por parte de Enfermería en el área preoperatoria son el conjunto de actividades destinadas a la preparación física y psicológica del paciente, también comprenden aquellas dirigidas a organizar la historia clínica. Además, se pretende identificar condiciones que puedan alterar los resultados de la intervención y la prevención de posibles complicaciones quirúrgicas.

Podemos dividir el preoperatorio en dos fases:

Mediato: Desde que el paciente decide intervenir hasta 12 horas antes de la intervención.

Inmediato: Desde las 2-4 horas antes de la intervención hasta la sala de operaciones.

Dentro del periodo mediato, se originan una serie de intervenciones en el paciente entre las que debemos destacar: Recibir al paciente y la autorización para la cirugía. En este punto debemos asesorar al paciente, informándole y resolviendo todas las dudas que pueden plantearse frente a la cirugía, logrando controlar el temor y la ansiedad que puede presentar. La firma del consentimiento para realizar la intervención es de gran importancia, ya que permite que la cirugía se lleve a cabo. Se debe realizar un examen fisiológico, controlando sus constantes vitales, para asegurarnos que el paciente ingresa con total seguridad evitando riesgos que puedan aparecer en el postoperatorio o durante la cirugía. Revisamos la historia clínica del paciente y comprobamos que se encuentren todas las pruebas necesarias, resultados de análisis de sangre, pruebas radiológicas. Pedir al paciente que se realice aseo mostrando especial interés en zonas de pliegues. En el caso de paciente encamado, realizar el aseo en la cama. Informar al paciente sobre las horas de ayuno

previas a la cirugía, indicándole la hora límite a partir de la cual no debe consumir ningún alimento por boca.

Para el periodo inmediato, las intervenciones enfermeras que se deben realizar son las siguientes:

Controlar los signos vitales. Comprobar que el paciente ha mantenido la ayuna prequirúrgica. Administrar medicamentos prequirúrgicos según indicación médica: antibióticos, sedantes, analgésicos. Identificar al paciente con su nombre completo, número de habitación y de cama, y servicio en el que se encuentra. Retirar del paciente todos los objetos metálicos, prótesis dentales, prótesis oculares. Comprobar que la zona quirúrgica no tenga vellos, y proceder al rasurado si fuese preciso, según las indicaciones médicas o según operación quirúrgica. Comprobar nuevamente que la historia clínica del paciente este completa, con los consentimientos quirúrgicos necesarios firmados y las pruebas correspondientes. Colocar al paciente los elementos necesarios para la intervención, como gorro quirúrgico, bata especial. Además de realizar la cura de las heridas, poniendo vendajes limpios. Asegurarnos de que la canalización de la vía periférica está permeable, haciendo especial interés en que esta sea de un calibre adecuado para la cirugía a realizar. (Valiente, 2017)

2.1.2 Transoperatorio

Es tiempo que transcurre desde que un paciente es recibido en la sala de operaciones y es llevado a la sala de recuperación. Este período constituye el acto quirúrgico en sí, y en él intervienen diversos miembros del equipo quirúrgico (cirujano, ayudante del cirujano, anestesiólogo, enfermera instrumentista y enfermera circulante), cada uno de ellos con funciones específicas pero unidas en un objetivo común: proporcionar la máxima seguridad y eficacia al paciente.

OBJETIVOS:

- Garantizar la información y la instrucción preoperatoria
- Identificar al paciente

- La localización de la intervención
-
- Verificar el consentimiento informado, así como los estudios preoperatorios
- Colocar al paciente según procedimiento
- Comprobar el funcionamiento del equipo y surtir el material adecuado
- Proveer las medidas de comodidad y seguridad del paciente
- Monitorizar la seguridad ambiental
- Monitorización psicológica y fisiológica del paciente
- Comunicar la información intraoperatoria a otros miembros del equipo asistencial y los allegados.

EQUIPO QUIRÚRGICO

Cuando el paciente llega al quirófano, en éste ya se encuentra el equipo de profesionales que van a participar en la intervención:

El cirujano es el profesional, que lleva a cabo la intervención y sus responsabilidades son las de dirigir la valoración médica preoperatorio, realizar la técnica operatoria y establecer el tratamiento postoperatorio del paciente. El cirujano ayudante, colabora con el cirujano al realizar la intervención.

Enfermera circulante. El personal de enfermería circulante es el responsable de las funciones de enfermería no estériles dentro del quirófano.

Enfermera instrumentista lleva a cabo las tareas relacionadas con las técnicas que requieren esterilización en el quirófano; realizan la labor de instrumentación y colaboración directa con la cirugía, manteniendo la asepsia y esterilidad de materiales e instrumentos, así como conservando la integridad y seguridad de campo quirúrgico.

Anestesiista. Dependiendo del número de enfermeras por quirófano, la actividad relacionada con la anestesia puede estar asumida por la misma enfermera circulante o por una tercera denominada de anestesia o de soporte. Dependiendo de las necesidades del paciente pueden existir otros miembros del equipo quirúrgico o de servicios de apoyo que

ayuden en la asistencia intraoperatoria (auxiliares de enfermería, celadores, técnicos, radiólogo, anatomopatólogo, etc.). (OMS, 2015)

Es importante tener en cuenta cual es el papel que desarrolla cada integrante del equipo quirúrgico cada uno juega un papel importante en el transoperatorio ya que interviene de manera directa con la vida del paciente, se debe valorar y priorizar la seguridad del paciente, para poder identificar factores que puedan ponerlo en riesgo, determinar que los tiempos son fundamentales y se deben llevar a cabo con toda la claridad y precisión posible, cómo tener una vía aérea permeable, realizar una buena técnica de asepsia y antisepsia para realizar un buen barrido de microorganismos con el antiséptico adecuado, así como también tomar en cuenta la esterilidad del campo quirúrgico, y teniendo las medidas de precaución para tratar de no contaminar el área y podamos evitar que la cirugía o herida se contamine y pueda propiciarse una infección.

2.1.3 Post- Operatorio

El objetivo será fomentar la autonomía del paciente y la readaptación a su medio

. Valoración inicial: Verificar la identidad del paciente según. Acompañar al paciente a la habitación. Acomodar al paciente en la posición más adecuada, según el tipo de intervención quirúrgica. Si es posible elevar el cabecero 30°. Proporcionar intimidad. Proporcionarle camisón. Informar al paciente de los cuidados que se van a realizar, para mitigar el temor y la ansiedad. Valorar nivel de consciencia y coloración de piel y mucosas. Vigilar signos y síntomas de hemorragia según PT-GEN-103. Monitorizar signos vitales (PA, FC, temperatura). Mantener la temperatura corporal >36°. Aplicar oxigenoterapia si procede. Consultar en la historia clínica: Tipo de intervención y hora de finalización de la misma. Tipo de anestesia (epidural, raquídea, general, local). Órdenes de tratamiento. o Medidas especiales prescritas por el médico. Registro de enfermería de la URPA para tener en cuenta el tratamiento administrado.

Cuidados relacionados con drenajes, catéteres y otros dispositivos Valorar y registrar: Drenajes; tipo (con vacío o no), permeabilidad y fijación de los mismos, así como la

cantidad y el aspecto del líquido drenado (3). • Catéteres; permeabilidad, tipo, calibre, localización y fijación. En el catéter epidural se valorará también la sensibilidad y la movilidad de los miembros inferiores. o En sondas y tallas vesicales, catéteres de nefrectomía, sondas rectales y nasogástricas, valorar y registrar la cantidad y el aspecto del drenado. Ostomías; tipo, localización, coloración y unión mucocutánea. Vendajes, escayolas y férulas de inmovilización; tipo, localización y posición correcta del paciente en la cama. Valorar coloración, temperatura, movilidad y sensibilidad de las zonas distales.

Cuidados de la herida quirúrgica: En las heridas quirúrgicas con cierre por primera intención: No levantar el apósito de la herida quirúrgica durante las primeras 24-48 horas, siempre que sea posible. Si es preciso levantar el apósito, realizar la cura de la herida con suero fisiológico. Después de 48 horas, no es necesario cubrir la herida. No deben aplicarse antisépticos ni antibióticos tópicos en la herida quirúrgica. Como norma general, los pacientes pueden ducharse a partir de las 48 horas tras la cirugía, limpiándose la herida con agua y jabón. Si hubiera signos de sangrado, rotular el área del apósito que esté impregnada de sangre para posteriores valoraciones. Vigilar los posibles signos de infección de la herida quirúrgica.

Control del dolor: Valorar y registrar la intensidad y localización del dolor por turno. Comprobar la analgesia administrada en URPA antes de instaurar el tratamiento analgésico del paciente. Valorar la efectividad de la analgesia. Proporcionar y enseñar al paciente posturas antiálgicas.

Otros cuidados Generales: Realizar fisioterapia respiratoria, si procede: estimular el uso del inspirómetro, enseñar al paciente ejercicios de respiración profunda y a movilizar secreciones. Fomentar la movilización precoz y progresiva (levantar al sillón, movimientos de miembros inferiores), para prevenir las complicaciones respiratorias y reducir la incidencia de náuseas y vómitos. Comprobar que el paciente ha realizado micción espontánea. Vigilar si existe retención urinaria. Valorar la aparición de náuseas y vómitos. Verificar la eliminación intestinal y ruidos intestinales. Iniciar tolerancia de forma progresiva, según prescripción facultativa. Administrar el tratamiento prescrito. Cambiar la ropa de cama y empapador si es necesario

Por lo antes mencionado estudiaremos el periodo posoperatorio, cabe mencionar que en diversas ocasiones se deja descuidado al paciente después de ser intervenido, es importante que el personal de enfermería valore correctamente las constantes vitales de los pacientes cuando están terminados de operar ya que estas suelen variar después de una intervención, se debe vigilar si el paciente presenta algún tipo de sangrado en la herida quirúrgica que está cubierta correctamente para que podamos evitar cualquier tipo de infección relacionada con la atención y debemos de verificar el funcionamiento correctamente de cualquier drenaje que se haya instalado. (Ana, s.f.)

2.1.4 Calidad

Para la Organización Mundial de la Salud, cuando se habla de calidad se refiere a asegurar que cada usuario pueda recibir una serie de servicios tanto diagnósticos como terapéuticos y que sean en su posibilidad los más óptimos y adecuados, teniendo en consideración todos los factores y conocimientos del usuario, así como también de los servicios médicos para alcanzar mejores resultados, evitando efectos iatrogénicos y así poder alcanzar una máxima satisfacción del paciente. (Rojas, 2017)

Cuando hablamos de calidad también nos referimos a ser eficientes, tener competencia y respetar al usuario y su familia; destacando que calidad significa “hacer lo correcto”, de forma correcta y de manera inmediata; así también la calidad implica puntualidad, practicar la limpieza, mejora continua, innovación y utilizar un correcto vocabulario para que los usuarios tengan confianza durante la atención. (Chocorro, 2013)

Cuando hablamos de calidad cabe mencionar a Avedis Donabedian, fue médico y fundador del estudio de la calidad en la atención de la salud y la investigación de los resultados médicos, más conocido como creador del modelo de atención. Falleció el 9 de noviembre del 2000 en Michigan, Estados Unidos. Dentro de sus investigaciones y escritos esta "Evaluación de la calidad de la atención médica", que le trajeron fama inmediata y es ampliamente citado y leído. Así mismo se destaca que Donabedian divide la calidad de los cuidados en tres dimensiones fundamentales y son las siguientes: - Componente técnico: Esta dimensión hace referencia a una serie de elementos que conforman la prestación de los

servicios de salud, así mismo la capacidad del personal de salud, avances científicos y la adecuación de la asistencia que se brinda; considerándose dentro de este componente la estructura física y todos los servicios para la realización de procedimientos. - Componente interpersonal: Esta dimensión hace referencia a la interacción del profesional de salud y el usuario, asimismo a su grado de comunicación que involucre una óptima relación interpersonal con respeto, empatía, confianza, lenguaje claro, cordialidad y veracidad en la información que se le brinde al usuario para así influir determinantemente en su satisfacción. - Componente del entorno (confort): Esta dimensión hace referencia a la comodidad que brindan una institución de salud, así mismo se refiere al conjunto de circunstancias que permitan que el paciente se sienta a gusto, dentro de ello tenemos: la iluminación, ventilación, orden, el adecuado suministro de alimentos, óptimos servicios públicos y el cuidado de la privacidad. (Díaz E. 2016)

2.1.5 Cuidados de Enfermería

Es la conservación o preservación de algo, asimismo es la atención y ayuda hacia un ser vivo. La terminología cuidar deriva del latín cuidar y el término enfermería está asociado a la vigilancia y atención de un usuario enfermo. (Carvalho, 2017)

En el periodo perioperatorio, los cuidados de enfermería estarán centrados en aliviar el dolor, restablecer el equilibrio fisiológico, prevenir posibles complicaciones y educar al paciente sobre los cuidados personales que sean necesarios. Así mismo en la etapa post quirúrgica la atención de enfermería se centrará en la vigilancia continua y valoración integral del paciente post operado, con el objetivo de brindar cuidados de calidad. (Amo, 2017)

2.1.6 Calidad del Cuidado de Enfermería.

Consiste en tener la habilidad para establecer una óptima interrelación enfermera - usuario, a través de una relación empática con la finalidad de lograr la restauración de la salud, teniendo en cuenta su integridad biopsicosocial; así mismo brindar un servicio que se

ajuste a sus necesidades y que vayan más allá de lo que el paciente espera, debiéndose incluir también el costo del servicio y cumplir los requisitos de calidad. (García, 2012)

La calidad es una característica esencial de la Cobertura Universal de Salud. En consecuencia, el cuidado para una Cobertura Universal de Salud incorporará la calidad como eje central del quehacer de enfermería, estableciendo un sistema de gestión de la calidad del cuidado. Para el mejoramiento continuo de la calidad asistencial, los profesionales enfermeros deben identificar factores intervinientes, implementar acciones, y diseñar instrumentos para una evaluación sistemática de la calidad del cuidado. Es preciso que los enfermeros identifiquen el "conjunto de datos mínimos indispensables para la descripción y monitorización de su práctica". Por esta razón, los indicadores de calidad en el cuidado de enfermería son herramientas esenciales y útiles para el mejoramiento continuo del cuidado y de la atención de salud, especialmente en el contexto de problemáticas de salud pública con importancia local, nacional, e internacional. (Guerrero, 2018).

2.1.7 La Seguridad del paciente

La seguridad del paciente se define como la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro (Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, 2016).

El 17 de septiembre de 2020, la Organización Mundial de la Salud, los socios internacionales y todos los países celebrarán el Día Mundial de la Seguridad del Paciente. Los objetivos generales de esta jornada son fomentar la comprensión mundial en torno a la seguridad del paciente, aumentar la participación pública en la seguridad de la atención de la salud y promover acciones mundiales para mejorar la seguridad y evitar daños a los pacientes.

El tema del Día Mundial de la Seguridad del Paciente para 2020 es «Seguridad del personal sanitario: Una prioridad para la seguridad de los pacientes» y el lema «Personal sanitario seguro, pacientes seguros». La OMS insta a los Estados Miembros y asociados a «¡Defender la seguridad del personal sanitario!».

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue puesta en marcha por el Director General de la Organización Mundial de la Salud en octubre de 2004. Creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, la Alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS; expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria. Su creación destaca la importancia internacional de la cuestión de la seguridad del paciente. (Organización Mundial de la Salud, 2020).

La seguridad del paciente se ha consolidado de manera progresiva en la práctica clínica, luego de la implementación de estrategias promovidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La campaña ‘Cirugía segura salva vidas’, evidencia la necesidad de generar herramientas para prevenir eventos adversos en la atención sanitaria como la lista de verificación en cirugía, y constituye un referente eficaz para disminuir la morbimortalidad por complicaciones inesperadas asociadas a procedimientos quirúrgicos.

2.1.8 La Bioseguridad en Enfermería

Una actividad fundamental de los Cuidados de Enfermería son la Aplicación de Medidas de Bioseguridad que van directamente ligadas con la seguridad del paciente, así como su inserción en los programas de prevención y control de las infecciones nosocomiales y su vigilancia frecuente. Esto conlleva al profesional a conocer y/o prevenir las enfermedades infectocontagiosas en cada institución de salud, realizar investigaciones epidemiológicas para determinar sus causas, así como identificar e implementar medidas de prevención y control. El cuidado seguro del paciente requiere de la comprensión de las vías de transmisión, los métodos efectivos de control y la función de enfermería siempre ha sido importante en el control de infecciones.

La Línea de Generación de Aplicación de Conocimientos, (LGAC) que rige este estudio, es precisamente “Calidad de Enfermería en los Procesos de Bioseguridad”.

El significado de la palabra Bioseguridad se entiende por sus componentes: “bio” de bios (griegos) que significa vida, y seguridad que se refiere a la calidad de ser seguro, libre de daño, riesgo o peligro. Por lo tanto, bioseguridad es la calidad de que la vida sea libre de daño, riesgo o peligro. Se define a la Bioseguridad como el conjunto de normas o medidas que deben tomar el personal que trabaja en el área de salud, para evitar el contagio de enfermedades de los pacientes en el área hospitalaria y en el medio en general, por la exposición de agentes infecciosos. (Becerra, 2010).

2.1.9 Principios de Bioseguridad

La Bioseguridad está integrada por medidas y normas que tratan de preservar la seguridad del medio ambiente en general y de los trabajadores, pacientes y visitantes de algún lugar donde se utilizan elementos físicos, químicos o biológicos, sobre todo sangre y fluidos corporales, que pueden provocar daño, por su carácter infeccioso o contaminante. (Oficina General de Epidemiología, 2018)

La Bioseguridad es la aplicación de conocimientos, técnicas y equipamientos para prevenir a personas, áreas hospitalarias y medio ambiente de la exposición a agentes infecciosos o considerados de riesgo biológico. Entre los principios fundamentales tenemos:

La universalidad: Estas medidas incluye a los pacientes, profesionales y personal de todos los servicios. Los cuales deben seguir las precauciones necesarias durante su jornada de trabajo para prevenir la exposición de la piel y las membranas mucosas, al contacto con sangre o cualquier otro fluido corporal del paciente, ya sea que tengan o no, una enfermedad contagiosa.

El uso de barreras protectoras: Esto implica evitar el contacto directo con sangre y otros fluidos orgánicos que estén contaminados, a través de la utilización de equipos de protección personal para evitar los accidentes con estos mismos, y así disminuir la posibilidad de contraer una infección no deseada.

Los medios de eliminación de material contaminado: Estos comprenden algunos procedimientos adecuados a través de los cuales, los materiales que son utilizados en la atención de pacientes, son colocados en recipientes adecuados y eliminados de manera que no causen daño alguno.

Factores de Riesgo de transmisión de agentes infecciosos: Entre los factores más destacados están la prevalencia de la infección en una población determinada, la concentración del agente infeccioso, la virulencia y el tipo de exposición en el medio que se encuentre.

2.1.10. Elementos Básicos de la Bioseguridad

Como elementos básicos de los que se sirve la seguridad biológica, para la limitación de riesgo provocado por unos de estos tres agentes infecciosos que son:

Las prácticas de trabajo: Un trabajo debe ser realizado bajo normas, que son el elemento básico y el más importante para la protección de todo tipo de personas. Estas personas, que por motivos de su actividad laboral están en contacto, directa o indirectamente, con materiales infectados o agentes infecciosos, deben estar conscientes de los riesgos, que su trabajo implica y debe de recibir la información adecuada sobre las técnicas requeridas para que el manejo de esos materiales biológicos les resulte seguro. Por otro lado, estos procedimientos estandarizados de trabajo deben estar por escrito y ser actualizados constantemente.

Equipo de seguridad: Estos equipos incluyen las barreras primarias y son dispositivos que garantizan la seguridad al realizar un procedimiento. Estos son denominados equipos de protección personal; entre ellos tenemos guantes, botas, mascarillas, gorros, batas, gafas, mandiles entre otros.

Diseño y construcción de la instalación: Estos son llamadas barreras secundarias. La magnitud de estas, dependerá del agente infeccioso y de las manipulaciones que se realicen, que estará determinada por la evaluación de riesgos. En muchos de los grupos de

trabajadores en los que el contacto con este tipo de agentes patógenos sea secundario a su actividad profesional, cobran principalmente relevancia las normas de trabajo y los equipos de protección personal, mientras que cuando la manipulación es deliberada entrarán en juego, también, con mucha más importancia, las barreras secundarias. (Puertas, M.,2011).

2.2 Antecedentes

El abordaje que realiza la enfermería respecto a la calidad y efectividad de los tratamientos en los pacientes se remonta a tiempos pasados, como se puede apreciar en el postulado de Florence Nightingale cuando planteó que “las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultado”. La calidad tiene un valor tan importante como la salud; por ello, el personal de enfermería, como miembro del equipo de salud, debe desarrollar una cultura de calidad e incorporarse a los programas con una actitud proactiva. La calidad en la atención de enfermería es un concepto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y asegurar su continuidad. A nivel internacional, la tendencia es crear nuevas estrategias que permitan garantizar la seguridad del paciente, evidenciar la calidad de atención y facilitar la creación de indicadores de evaluación. (Graciela, s.f.)

2.2.1 Internacionales

Taporosky F. en el año 2017 realizaron en Brasil un estudio con el título de cirugía segura: validación de checklist pre y postoperatorio. El objetivo del estudio es validar una

lista de chequeo para el pre y post cirugía dentro de las funciones de enfermería. El tipo de investigación fue cuantitativa. Participaron 16 enfermeras de 8 unidades quirúrgicas. Utilizaron un instrumento que fue elaborado y validado por los investigadores, con una puntuación de alfa de Cronbach mayor de 0.9 y validación por ocho expertos utilizando el método Delphi en línea. En conclusión, el checklist en el periodo pre y post operatorio sirve para prevenir eventos adversos y evitar complicaciones durante y después de la cirugía. (Taporosky, 2017)

En una investigación realizada en Lima, en el año 2018 sobre la calidad de los cuidados de enfermería en pacientes quirúrgicos en la prevención de complicaciones, Se evidenció en las investigaciones revisadas y fue efectivo la calidad de los cuidados de enfermería en pacientes quirúrgicos basados en los protocolos estandarizados de enfermería en centro quirúrgico en donde El 70% (n=7/10) de las evidencias encontradas señalan la efectividad de la calidad de los cuidados de enfermería en pacientes quirúrgicos para la prevención de complicaciones, mientras que el 30 % no es efectivo. (Labio, 2018)

En el estudio “Cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato: estudio transversal” realizado en Brasil en el 2014 por enfermeras donde el cuidado de enfermería no se brinda de manera integral se observa que el cuidado se centra en el manejo de la vía aérea y cardiovascular sin la observación de otros parámetros importantes. Conclusión del estudio: Los cuidados no son ofrecidos de forma integral. (Moyal, 2016)

Izquierdo F. en el año 2015, realizó un estudio de investigación en Lima – Perú, con el título de Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico, con el objetivo de determinar el nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico. La técnica utilizada es el análisis documental. Utiliza como instrumentos la lista oficial de chequeo de cirugía segura del Hospital Dos de Mayo y además una hoja de registro para cada profesional del equipo quirúrgico con escala dicotómica. Conclusiones: la enfermera registra que el equipo quirúrgico se presente al paciente según función, sin embargo, un 13 porcentaje significativo incumple en registrar la firma de la lista de chequeo; asimismo el anestesiólogo cumple en prever el manejo de la vía aérea; no obstante, un porcentaje significativo no cumple que el equipo quirúrgico revise los principales aspectos de la

recuperación y el tratamiento del paciente. Finalmente, el cirujano cumple en la verificación de la identidad del paciente, sitio quirúrgico, procedimiento quirúrgico, sin embargo, un porcentaje significativo incumple en registrar que el cirujano revise los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista. (F, 2015)

Vinueza N. realizó un estudio en Ecuador en el año 2014, sobre “Evaluación de la atención de enfermería en complicaciones postquirúrgicas inmediatas en pacientes intervenidos de emergencia en el Hospital San Luis de Otavalo”, estudio analítico, descriptivo, retrospectivo, transversal, propositivo con una muestra de 231 pacientes en el período de Enero a Diciembre 2013, demostró que todos los pacientes presentaron 1 o más complicaciones postquirúrgicas y con relación a la atención de enfermería para pacientes de postquirúrgico inmediato fue medianamente buena con 50%. (N, 2014)

En un estudio realizado por Arcos N. en el años 2017, para evaluar las intervenciones de enfermería en el preoperatorio inmediato en el hospital un canto a la vida, dicha investigación nos reveló que dentro de la categoría enfermera – paciente el 85.95%, si realiza correctamente las actividades mientras que un 14.07% no lo realizaban, dentro de la categoría revisión el 82.5% el personal de enfermería si reviso todo lo necesario para la cirugía, mientras que el 17.05% no lo hizo, en la categoría evaluación el 98.76% si cumple con todas las actividades mientras que el 1.26% no cumple. (Arcos, 2017)

En Cuba Pérez L. llevó a cabo un estudio sobre la Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un quirófano, en el año 2016, en un estudio descriptivo, transversal, se recogieron resultados de la cultura de seguridad del paciente en 18 profesionales del quirófano, analizaron las respuestas positivas y negativas a los 50 ítems y la calificación global de seguridad, el 95 % de los encuestados calificó de positivo el grado global de seguridad. Como fortalezas se destacan el trabajo en equipo dentro del quirófano, el aprendizaje organizacional y las expectativas y acciones de la dirección de la unidad. Como oportunidades de mejora se identificaron la respuesta no punitiva a los errores y retroalimentación y comunicación sobre errores. (Pérez, 2017).

Ramírez Taza Irma, (2015) realizó la investigación Nivel de satisfacción del paciente post operado sobre el cuidado de enfermería en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2015. El objetivo fue determinar el nivel de satisfacción del paciente post operado evaluando el cuidado de enfermería en los Servicios de Cirugía del HNAL. Concluye que el 24.5% se encuentran satisfechos respecto al trato, 16.3% satisfechos según la disponibilidad, 32.6% satisfecho, acerca de la continuidad del cuidado; en general la satisfacción sobre el cuidado de enfermería en el paciente es de nivel es medio. (Ramírez, s.f.)

2.2.2. Nacionales

En un estudio realizado en Tamaulipas en el año 2015, sobre la percepción del paciente quirúrgico en la seguridad, en donde la medida de percepción fue de 40.77 con una (DE=8.37). Los errores que refirieron los pacientes fueron: Infección 7.1 %, 4.75 % reacción alérgica, 10.2 % intervenido por segunda ocasión y 100% de los pacientes contestaron no haberse caído. El 1.6% (2) estuvo completamente de acuerdo al preguntarles si se resolvió satisfactoriamente el error, el 3.1% mencionó que el error se resolvió rápido, 1.6% (2) mencionó estar completamente de acuerdo referente a la información recibida acerca del error. El 2.4% (3) de los pacientes contestaron en desacuerdo respecto a la información de si se tomarían medidas para evitar que el error se volviera a presentar. (Meléndez, 2015)

Mirta Félix realizó un estudio en Villahermosa sobre el Conocimiento e Implementación de la seguridad del paciente quirúrgico en un hospital de pediatría en el año 2016, dando como resultado que el nivel de conocimiento del equipo quirúrgico acerca de la seguridad quirúrgica fue bueno en 77% de los participantes. En la evaluación del cumplimiento se sumaron las puntuaciones del total de ítems del instrumento y se dividieron entre el total de las medidas para estimar las medias. Se encontró un promedio de 85.6 % en la fase 1 antes de la anestesia que corresponde a un cumplimiento bueno, en la fase 2 antes de la incisión de la piel 79.86% o cumplimiento regular y en los factores del entorno interno y externo del área quirúrgica que influyen en la seguridad del paciente quirúrgico de la fase 3, antes que

el paciente abandone el quirófano 85.2% o cumplimiento bueno. Evaluando las tres etapas de la verificación de la seguridad quirúrgica en el paciente pediátrico permitieron identificar las áreas de oportunidades para mejorar su implementación, disminuir el número de complicaciones, muertes evitables y avanzar sobre una cultura de seguridad del paciente quirúrgico. (Félix, 2016)

En el documento *La Cirugía Segura Salva Vidas*, de la OMS del año 2017, se considera que en los países industrializados se han registrado complicaciones importantes entre el 3% y 16% de los procedimientos quirúrgicos requiriendo ingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0,4% al 0,8% aproximadamente, mientras que en los estudios realizados en países en desarrollo señalan una mortalidad del 5% al 10% en operaciones de cirugía mayor; casi 7 millones de pacientes quirúrgicos sufren complicaciones significativas al año, 1 millón de los cuales mueren durante o inmediatamente después de la cirugía. (Vásquez, 2017).

Alicia Ortiz en el año 2017, realiza una investigación sobre El checklist quirúrgico; herramienta fundamental para garantizar la seguridad de los pacientes en quirófano. En donde se presentó el checklist propuesto por la OMS como una herramienta que garantiza los cuidados enfermeros de calidad y la seguridad del paciente en el proceso quirúrgico. A partir de este objetivo general, se plantean dos objetivos específicos, a raíz de los cuales se obtienen los resultados del trabajo. Para realizar esta revisión narrativa, se llevó a cabo una búsqueda en diferentes bases de datos de ciencias de la salud y se seleccionaron los artículos utilizando DeCs y MesH, y criterios de inclusión y exclusión. El trabajo concluye con la necesidad de mejorar la cumplimentación del checklist y de impulsar una cultura de seguridad clínica. Como aportación personal, se plantea un checklist con formato alternativo el cual es complementario al propuesto por la OMS y que actuaría como garantía de la correcta cumplimentación de la herramienta. (Ortiz, 2017)

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de Estudio

El tipo de investigación que se realizó es de tipo descriptivo, prospectivo, no experimental ya que se analizó el fenómeno en su ambiente natural.

Para la recolección de la información se ubicó a las enfermeras en sus respectivos horarios de trabajo y se llevó a cabo de la siguiente manera: La Ficha de Observación, se aplicó a las profesionales de enfermería durante su jornada laboral empleando la técnica de la observación directa, en las tres etapas del período perioperatorio (preoperatorio, transoperatorio y posoperatorio).

3.2 Periodo del Estudio

Junio del 2019, se da inicio a la búsqueda del título de dicha investigación, llevando a cabo búsqueda de la bibliografía relacionada con este para determinarlo.

En Julio del 2019, se aprobó dicha investigación para dar a conocer si el personal de enfermería está realizando intervenciones de calidad para dar bioseguridad al paciente durante el perioperatorio.

Agosto del 2019, se avaló el instrumento con diversos indicadores en las fases pre, trans y posoperatoria para observar si el personal de enfermería está realizando dichas intervenciones.

Y se envió un oficio por la Coordinación General de Posgrado de la Especialidad, a la dirección del Hospital Regional Vicente Guerrero, con atención a la jefatura de enseñanza y a la jefatura de enfermeras para llevar a cabo la investigación.

En septiembre se aplicó el instrumento de tipo observacional en el quirófano del Hospital General Regional Vicente Guerrero en los tres turnos.

Noviembre se presentó avances del trabajo de investigación en diversos foros donde se realizaron correcciones.

Los resultados obtenidos en la investigación se dieron propuesta para mejorar las intervenciones que realiza la enfermera para la seguridad del paciente durante su estancia en el perioperatorio.

3.3. Variables

- Variable dependiente: Seguridad del paciente; es la garantía de las personas de estar libres de sufrir cualquier tipo de daño cuando interactúan con alguno de los servicios de salud se pretende dar garantía a la seguridad del paciente que sea sometido a un procedimiento quirúrgico.
- Variable independiente: Calidad de los cuidados de enfermería; menciona el trato correcto que se le debe de dar al paciente, realizando actividades de enfermería segura.

3.4 Análisis de Variables

Variable Independiente	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición operativa	Indicadores
Calidad de los cuidados de enfermería	Es la habilidad para establecer una óptima interrelación enfermera - usuario, a través de una relación empática con la finalidad de lograr la restauración de la salud	<p>Componente Técnico.</p> <p>Componente interpersonal</p> <p>Componente del entorno (confort)</p>	<p>Habilidad del personal de enfermería para brindar una adecuada prestación de salud.</p> <p>Es la interacción entre el personal de salud y el usuario, que involucre una óptima relación interpersonal.</p> <p>Es la comodidad que brinda una institución de salud, que permite que al paciente sentirse a gusto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · AC · SE · EX FAC · CO · BR DE · MC HAC SEG

Variable dependiente	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operativa	Indicadores
----------------------	-----------------------	-------------	----------------------	-------------

<p>Seguridad del Paciente</p>	<p>La seguridad del paciente se define como la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro (Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente,2016).</p>	<p>Eventos adversos</p>	<p>Lesión relacionada con la asistencia sanitaria, más que con las complicaciones de la enfermedad del paciente, que prolonga la estancia hospitalaria.</p>	
--------------------------------------	--	-------------------------	---	--

3.5 Población

La población está constituida por las enfermeras generales que laboran en el quirófano en el área del pre, trans y posoperatorio en los turnos matutino, vespertino y nocturno del Hospital Regional Vicente Guerrero.

3.6 Muestra

Esta consta de 30 enfermeras generales que le brindan el cuidado al paciente en el perioperatorio, 03 del preoperatorio, 04 del posoperatorio y 23 del transoperatorio. Para determinar el tamaño de muestra se hará uso del muestreo aleatorio simple que es un muestreo probabilístico, donde cada uno de los elementos de la población tendrá la misma probabilidad de constituir la muestra.

3.7 Instrumento

El instrumento empleado es una ficha de observación realizada por Lucy Campos y Julio Chico. Se ha sido aplicado en diversas investigaciones y evalúa las tres fases del Perioperatorio, se valora por el Alpha de Cronbach con una calificación de 9. En donde cada una de las fases del perioperatorio está integrada de la siguiente forma: la fase Preoperatoria con 19 indicadores, la fase Transoperatoria con 16 indicadores y la fase Posoperatoria con 06 indicadores.

3.8 Técnica del Instrumento

Se efectuó un estudio de tipo observacional, mediante la recolección de datos, es decir se supervisó a las enfermeras de manera distante en las actividades diarias que realizan para la atención y cuidado del paciente y se procedió a llenar la ficha de observación donde se medirá la calidad del cuidado de enfermería para la seguridad del paciente dicho instrumento (ficha observacional), aplicado en otras investigaciones realizadas por Lucy Campos y Julio Chico.

Primera dimensión: Valoración perioperatoria en donde se deben de aplicar las acciones esenciales para la seguridad del paciente: identificar al paciente mediante una comunicación efectiva, corroborando con el expediente clínico.

Segunda dimensión: Se realiza una comunicación efectiva del equipo quirúrgico, para determinar el paciente, el sitio y la cirugía correcta. Corroborando también el buen funcionamiento de los equipos quirúrgicos, para prevenir riesgos perioperatorios, eventos adversos o riesgos de aspiración.

Tercera dimensión: Se valora al paciente después de la cirugía para prevenir riesgos adversos y valorar de acuerdo a la escala de Eva el dolor del paciente

3.9 Método de Análisis de Datos

El procesamiento y análisis de la información se realizará utilizando el programa de Excel los resultados de la investigación serán presentados en cuadros y gráficos que faciliten su comprensión para el análisis.

3.10 Ética del Estudio

Los principios éticos primordiales sobre las que se basan las normas de conducta en el presente estudio fueron: el respeto del principio de beneficencia, el respeto a la dignidad humana y el principio de justicia brindando un trato digno y amable salvaguardando la confidencialidad de su identidad a través de anónimo.

3.11 Código Ético

En este estudio el profesional de enfermería tiene una sólida formación basada en fundamentos técnicos-científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional. Es importante mencionar que la observancia de las normas éticas es una responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad para estar en paz consigo mismo. Por lo tanto, el profesionista se adhiere a un código de ética por el

valor intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el mismo grupo de profesionistas le otorgue. La ley reglamentaria del artículo 5° constitucional relativo al ejercicio de las profesiones, contiene los ordenamientos legales que norman la práctica profesional en México.

Un código de ética para enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, de tal forma que se considere:

a). Al hombre como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad. A la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un Estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.

b). A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive. A la enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente.

Dicho servicio debe considerar de manera prioritaria:

- La conciencia de asumir un compromiso profesional serio y responsable.
- La participación coherente de este compromiso dentro de la sociedad.
- El reconocimiento y aplicación en su ejercicio de los principios de la ética profesional.
- La práctica de una conducta de verdadero respeto a los derechos humanos.

Los pacientes tienen derecho a recibir un cuidado integral de calidad y para eso se requiere de enfermeras profesionales con una estimación y respeto de sí mismas y de los demás, que amen la vida en cualquiera de sus formas y que manifiesten sus valores a través de la paciencia y la inteligencia, con capacidad de observación, reflexión y optimismo para que puedan conducir su práctica con un alto sentido ético y de satisfacción propia.

Definición de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería.

Justicia: La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano.

Autonomía: Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

Valor fundamental de la vida humana: Se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.

Fidelidad: Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

Veracidad: Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

Confiabilidad: Se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a

las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

Solidaridad: Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.

Tolerancia: hace referencia de admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad.

3.11.1 Principios Éticos de la Investigación en Seres Humanos

Toda investigación sobre aspectos clínicos específicos de la salud humana y de las relaciones paciente-investigador-comunidad-ecosistema, debe fundamentarse filosóficamente sobre principios éticos, los cuales no son reglas rígidas sino guías de referencia humanizaste de todo el proceso investigativo. Analizamos los siguientes principios: totalidad/integridad; respeto a la persona que incluye los deberes éticos de no-maleficencia y autonomía; beneficencia; justicia/equidad.

Principios éticos: Nos sirven como marco de referencia para la búsqueda de soluciones coherentes y fundamentales racionalmente para problemas específicos de carácter ético.

Principios de totalidad /integridad: La integridad de la persona incluye la totalidad fisiológica, psicológica, social, ecológica, axiológica y espiritual, de ahí que, la totalidad se asimile al concepto de integridad, la persona humana es un ser total. En la investigación clínica, el investigador al pretender reparar dicha desintegración originada por la enfermedad debe abordar la integridad de la persona. Explora, examina, diagnostica, actúa sobre las interrelaciones del paciente a nivel corporal, psicológico, social, axiológico, medio-ambiental y las respuestas dadas por él.

Principio de respeto a las personas: Incorporan dos deberes éticos; a) La no maleficencia: (no causar daño); todo ser humano tiene la obligación moral de respetar la vida y la integridad física de las personas, aun en el caso en que éstas autoricen para actuar en contrario, nadie tiene obligación moral de hacer el bien a otro en contra de su voluntad, pero sí está obligado a no hacerle mal. Se trata de una obligación de carácter público y por eso puede ser exigida a todos coactivamente. b) La autonomía: es la facultad para gobernarse a sí mismo. Se apoya en el concepto filosófico que considera al ser humano con facultad para auto gobernarse, ser dueño de sí mismo, capaz de dar sentido y direccionalidad a su vida.

Principio de beneficencia: Se trata del deber ético de buscar el bien para las personas participantes en una investigación, con el fin de lograr los máximos beneficios y reducir al mínimo los riesgos de los cuales deriven posibles daños o lesiones.

Principio de justicia: El principio de justicia en las investigaciones puede analizarse desde los principios o hacia las consecuencias de los actos. En el primer caso un diseño de investigación es justo cuando está de acuerdo con los principios, como el de respeto a las personas; en el segundo aplicamos el concepto de justicia en contextos teleológicos, de modo que será justo todo lo que armoniza el binomio costo/beneficio. Por lo tanto, la justicia se realiza no sólo en la comprensión y reconocimiento de los principios sino en la búsqueda efectiva de las consecuencias buenas de todo el actuar investigativo.

3.12 MARCO LEGAL

3.12.1 Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012

Establece los criterios para la ejecución de los proyectos de investigación de la salud en seres humanos. La investigación científica, clínica, bioética, tecnológica y biopsicosocial en el ámbito de salud son factores determinantes para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general, por lo que resulta impredecible su desarrollo materias específicas y regular su ejecución en los seres

humanos, de tal manera que la garantía del cuidado de los aspectos éticos, del bienestar e integridad física de la persona que participa en un proyecto o protocolo de investigación y del respecto a su dignidad, se constituya en la regla de conducta para todo investigador en el área de la salud.

Esta norma, define los elementos mínimos que debe cumplir de manera obligatoria los investigadores que realizan esta actividad en seres humanos de acuerdo con las disposiciones que en esta materia se establece con carácter irrenunciable para la Secretaría de Salud como autoridad sanitaria, según lo establece la propia ley general de salud y su reglamento en materia de investigación para la salud. (NOM-012-SSA3-2012, s.f.)

3.12.2 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

En el artículo 4 párrafo segundo que establece que: toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá con la concurrencia de la federación y de las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución. (MEXICANOS, s.f.)

3.12.3 Ley General De Salud

En el artículo 77 Bis 1 establece que: todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al sistema de protección social en salud de inconformidad con el artículo 4 de la constitución política de los estados unidos mexicanos sin importar su condición social. La protección social en salud es un mecanismo por el cual el estado garantizará el acceso efectivo. Oportuno de la calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención diagnóstica, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia,

costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptación social. (SALUD, s.f.)

3.13 INTERPRETACIÓN DE RESULTADO

Para realizar la interpretación de los resultados se seleccionaron categorías de los indicadores de cada fase del perioperatorio.

3.13.1 Resultados de las fases del Perioperatorio:

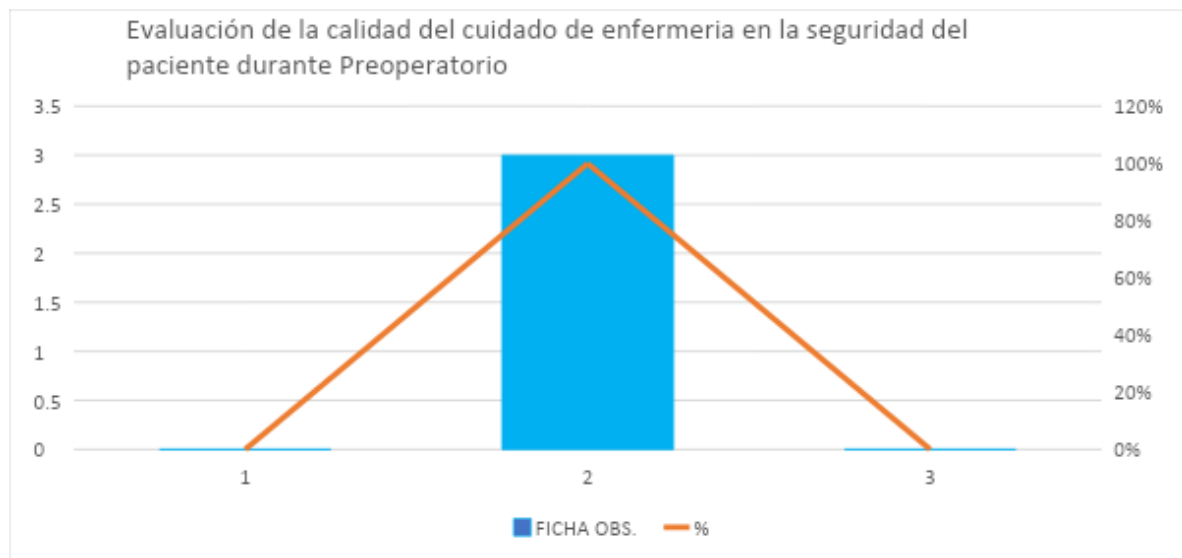
Preoperatorio: Evaluación de la calidad de las intervenciones en el Preoperatorio, tomando en cuenta intervalos en los indicadores como Malo (1-7), Regular (8-13) y Bueno (14 – 19). Donde se evalúa que el nivel de calidad se otora de manera Regular ya que el mayor de las respuestas se da en este intervalo.

Tabla 1:

INTERVALOS	CALIDAD	FICHA OBS.	%
(1 - 7)	MALA	0	0%
(8 - 13)	REGULAR	3	100%
(14 - 19)	BUENA	0	0%
	TOTAL	3	

Figura 1: Interpretación grafica de los resultados de la Evaluación de la calidad, obtenidos en la tabla anterior, donde describe que el nivel de calidad que brindad la enfermera en la preoperatorio es de una Regular calidad. (Fuente tabla 1).

Figura 1:



Transoperatorio: Evaluación de la calidad de las intervenciones en el Transoperatorio, tomando en cuenta intervalos en los indicadores como Malo (1-5), Regular (6-10) y Bueno (11 – 16). En donde se muestra que el nivel de atención de calidad brindando por las enfermeras del Transoperatorio es Regular con un 74% de los indicadores obtenidos.

Tabla 2:

INTERVALO	CALIDAD	FICHA OBS.	%
(1 - 5)	MALO	1	4%
(6 - 10)	REGULAR	17	74%
(11 - 16)	BUENO	5	22%
	TOTAL	23	

Figura 2: Interpretación grafica de la tabla anterior de resultados de la Evaluación de la calidad del Trasoperatorio determinando que la atención es Regular (Fuente tabla 2)

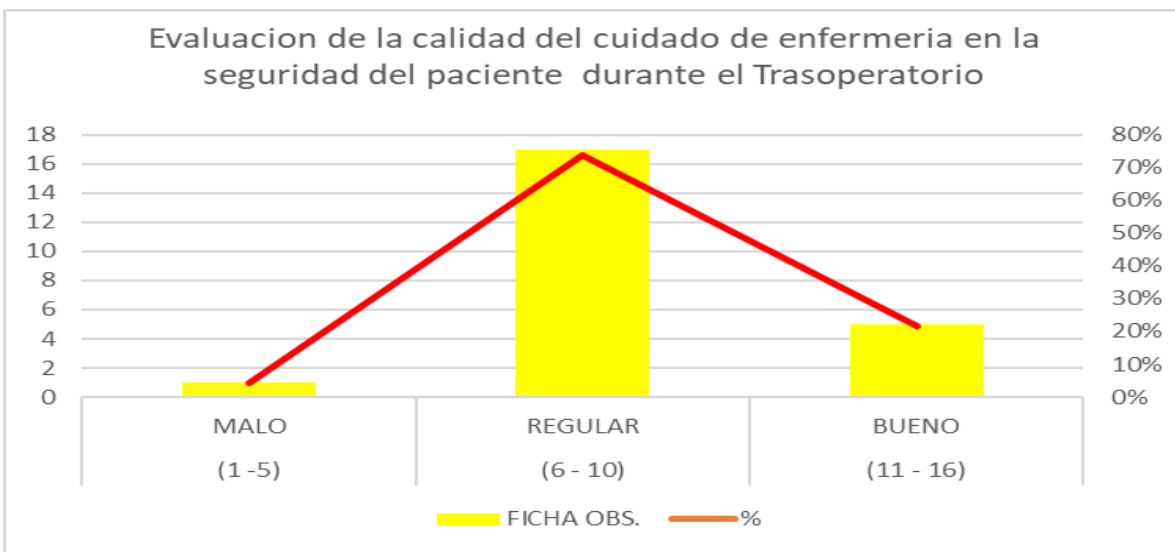


Figura 2

Posoperatorio: Evaluación de la calidad de las intervenciones en el Posoperatorio, tomando en cuenta intervalos en los indicadores como Malo (1-2), Regular (3-4) y Bueno (5 – 6). En donde se muestra que el nivel de atención de calidad brindando por las enfermeras del Posoperatorio es Buena con un 100% de los indicadores evaluados.

Tabla 3:

INTERVALOS	CALIDAD	FICHA OBS	%
(01 - 02)	MALA	0	0%
(03 - 04)	REGULAR	3	75%
(05 - 06)	BUENA	4	100%
	TOTAL	4	

Figura 3: Interpretación grafica de resultados de la Evaluación de la calidad del Posoperatorio con una buena calidad de atención (Fuente tabla 3)

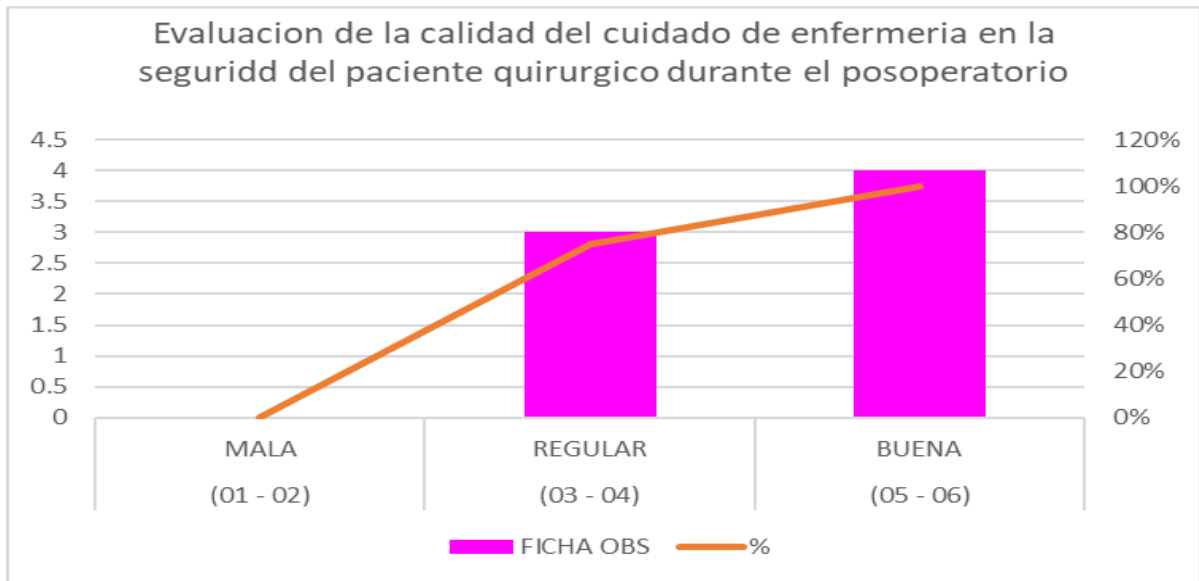


Figura 3

3.13.2 Resultados de la fase Preoperatorio

Se presenta los resultados obtenidos de acuerdo con los 19 indicadores establecidos donde se muestra que realmente si se realiza una buena verificación de expediente clínico, corroboran la hipertensión del paciente y se a conocer que no se le da un tiempo de calidad al paciente para resolver sus preguntas y se asegure la integridad del paciente. (Fig.4)

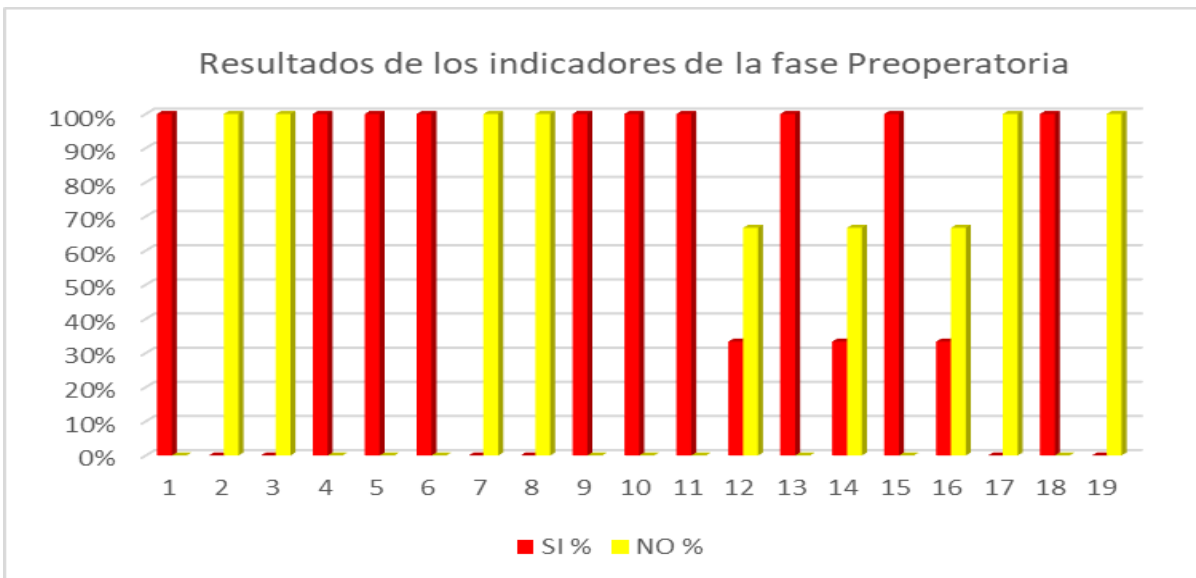


Fig. 4: Resultado grafico de la fase Preoperatoria evaluando cada uno de los indicadores para brindarle una mejor seguridad al paciente (fuente ficha de observación Tabla 4)

Tabla 4: Resultado de la ficha de observación de la fase Preoperatoria de la calidad del cuidado de enfermería en la seguridad del paciente quirúrgico en el Hospital Regional Vicente Guerrero.

INDICADORES	SI	SI %	NO	NO %
1	3	100%	0	0%
2	0	0%	3	100%
3	0	0%	3	100%
4	3	100%	0	0%
5	3	100%	0	0%
6	3	100%	0	0%
7	0	0%	3	100%
8	0	0%	3	100%
9	3	100%	0	0%
10	3	100%	0	0%
11	3	100%	0	0%
12	1	33%	2	67%
13	3	100%	0	0%
14	1	33%	2	67%
15	3	100%	0	0%
16	1	33%	2	67%
17	0	0%	3	100%
18	3	100%	0	0%
19	0	0%	3	100%
TOTAL	3		3	

3.13.3 Resultados de la fase Transoperatorio

Tabla 5: Resultado de la ficha de observación de la fase Transoperatoria de la calidad del cuidado de enfermería en la seguridad del paciente quirúrgico del Hospital Regional Vicente Guerrero.

INDICADORES	SI	SI %	NO	NO %
1	12	52%	11	48%
2	1	4%	22	96%
3	21	91%	2	9%
4	18	78%	5	22%
5	21	91%	2	9%
6	8	35%	15	65%
7	23	100%	0	0%
8	0	0%	23	100%
9	13	57%	10	43%
10	2	9%	21	91%
11	17	74%	6	26%
12	6	26%	17	74%
13	15	65%	8	35%
14	22	96%	1	4%
15	10	43%	13	57%
16	21	91%	2	9%
TOTAL	23		23	

Figura 5: Al aplicar el instrumento con 16 indicadores de observación se determina que la enfermera corroborando que el paciente esté en una buena posición quirúrgica con el 100%, realiza un buen recuento del instrumental antes y al final de la cirugía con un 96%, mantiene el quirófano limpio y ordenado con 91%.

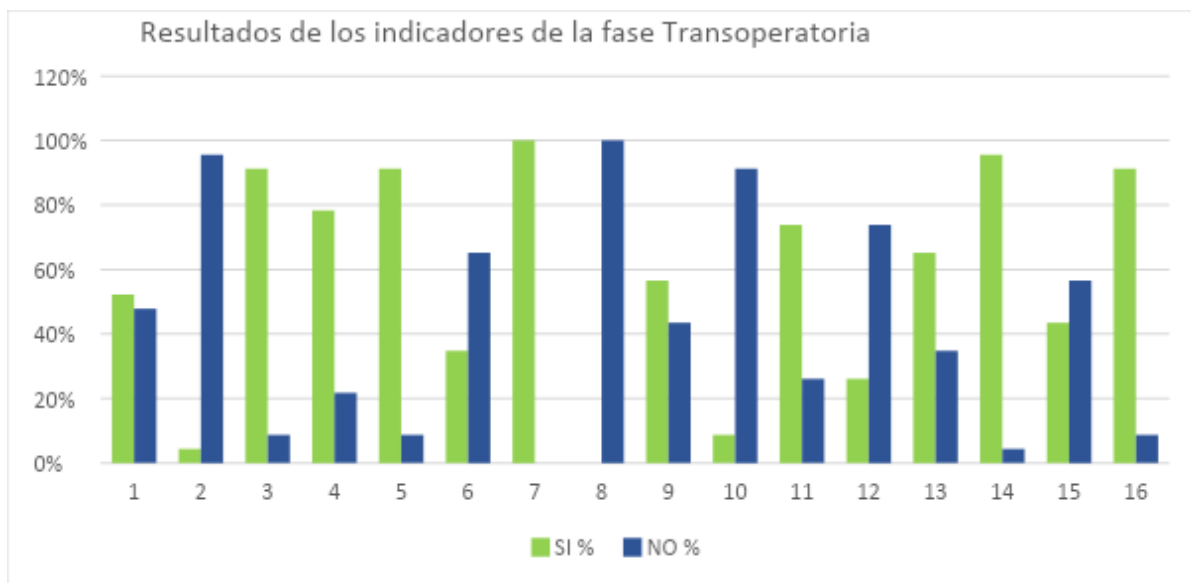


Fig. 5: Resultado grafico de la fase Transoperatoria (fuente ficha de observación tabla 3).

3.13.4 Resultados de la fase Posoperatorio

Tabla 5: Resultado de la ficha de observación de la fase postoperatoria de la calidad del cuidado de enfermería en la seguridad del paciente quirúrgico del Hospital Regional Vicente Guerrero.

INDICADORES	SI	SI %	NO	NO %
1	2	50%	2	50%
2	1	25%	3	75%
3	2	50%	2	50%
4	4	100%	0	0%
5	4	100%	0	0%
6	4	100%	0	0%
TOTAL	4		4	

Figura 5: Durante el posoperatorio de acuerdo a los 06 indicadores evaluados, se determina que la enfermera da un BUEN cuidado de calidad según la categoría esta si revisa y monitoriza al paciente a su llegada al posoperatorio al igual que mantienen la herida quirúrgica cubierta para evitar que exista un riesgo de contaminación y ministra medicamentos siguiendo los pasos correctos. (Fig. 5).

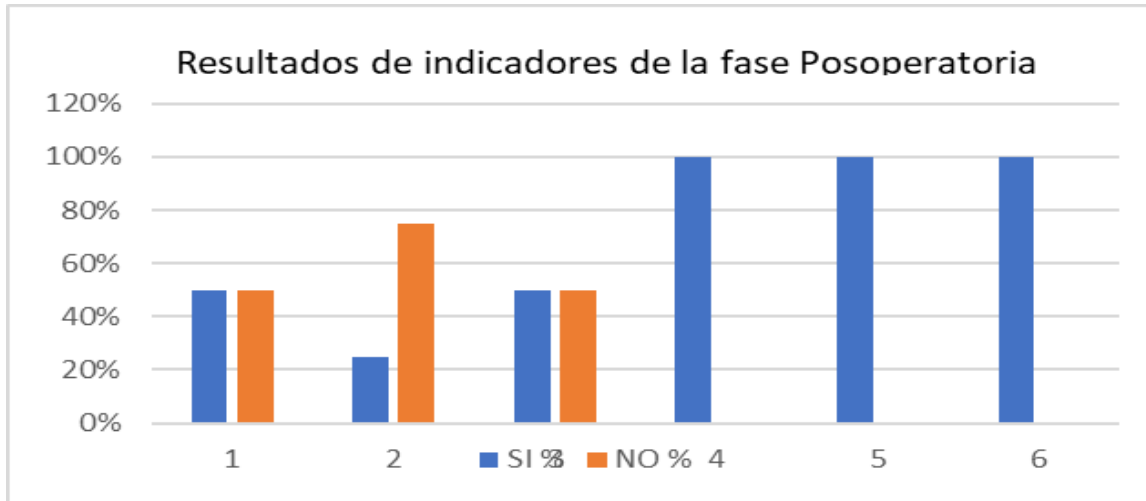


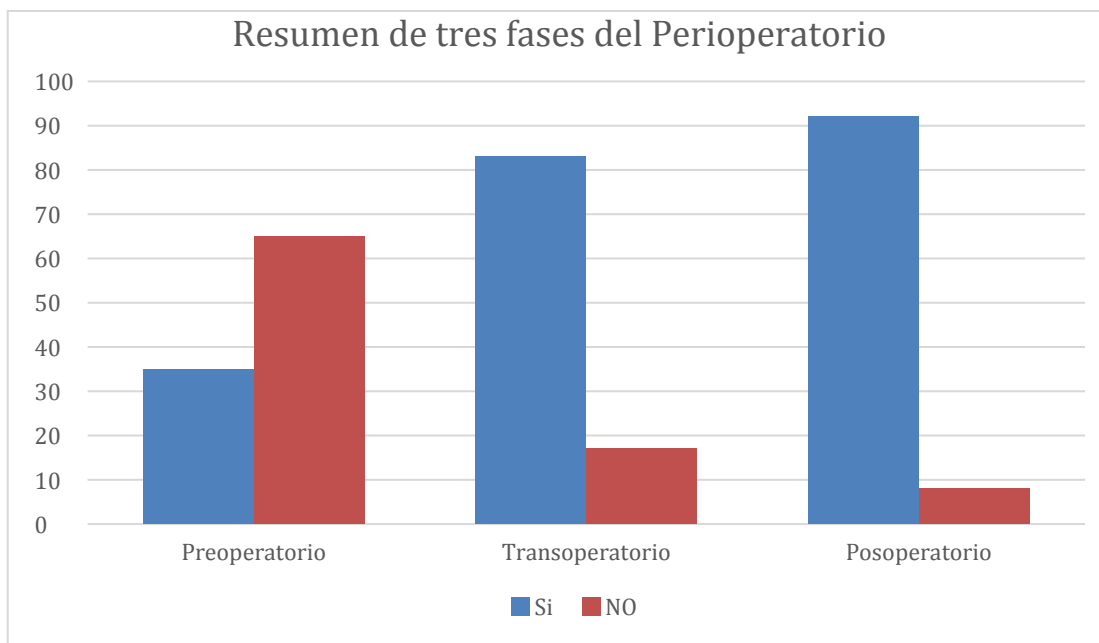
Fig. 5 Resultado de la fase Posoperatoria (fuente de ficha de observación tabla 5).

3.13.5 Resultados de la deficiencia de atención de las fases del

Perioperatorio

Figura 6: Se evalúa las tres fases del perioperatorio para observar en cual se presenta mayor falta de atención, de acuerdo a los ítems calificados se puede valorar en la siguiente gráfica, que la fase Preoperatoria se da un déficit de atención al paciente, con un 68% de las respuestas obtenidas negativas.

Figura 6:



3.14 Discusión

En el desarrollo del presente trabajo, el problema se plantea desde la participación de enfermería en la calidad del cuidado para la seguridad integral del paciente quirúrgico, ante la ocurrencia de eventos adversos. Del análisis de la ficha de observación se deduce que la seguridad integral de los pacientes quirúrgicos constituye un problema importante, que requiere un gran esfuerzo para identificar qué abordajes son los más seguros, para ser aplicados cuando verdaderamente se precisen, de manera correcta y sin errores, con dicha

ficha se determina el nivel de cuidado se proporciona en cada una de las fases Pre, Trans y Posoperatorio. Por tanto, es vital evaluar los cuidados de Enfermería encaminadas a la seguridad integral del paciente durante el perioperatorio y la importancia de las mismas en el actuar de ésta, como una manera de prevenir riesgos dentro del proceso de atención asistencia. Y donde pueden ser tomados en cuenta para posibles estudios.

En un estudio realizado en el año 2017, por Arcos N. para Evaluar las Intervenciones de Enfermería en el Perioperatorio inmediato en el Hospital Canto de Vida. Se determina que si se realiza correctamente las actividades y además que todo este liso para la cirugía.

En relación a los resultados de los ítems obtenidos de la ficha de observación se considera en esta investigación que, si se llevan a cabo la mayoría de las actividades mencionados teniendo como resultado en la fase Preoperatoria un nivel regular de atención, en el Transoperatorio un nivel regular y el Posoperatorio buen nivel de calidad.

Mirta Félix evaluó el conocimiento e implementación de la seguridad del paciente quirúrgico, en el año 2016, dando como resultado que el conocimiento del equipo quirúrgico es bueno.

Respecto a los procedimientos y sistemas para manejar la seguridad del paciente se aprecia que sí existen, pero se considera que no siempre son suficientemente eficaces, debiendo ser aún más difundidos.

En un estudio realizado por Pérez Lizeth, para medir percepción del paciente quirúrgico en la seguridad, en el año 2017, marcaron que los errores fueron infección, reacciones alérgicas y los pacientes refieren no haberse caído durante su estancia en el quirófano.

Tomando en cuenta los resultados de la figura 4, indicadores 4 y 15, se verifica que la enfermera corrobora que el paciente lleve los barandales de la cama arriba al momento de trasladar al paciente y pregunta la paciente sobre alergias.

Los errores en la atención de los pacientes pueden originarse tanto en el entorno biopsicosocial del personal que presta el servicio de salud, como en otros agentes involucrados como pueden ser la infraestructura y la tecnología. Los errores son

involuntarios y requieren sistemas bien estructurados para su manejo, que permitan minimizar al máximo cualquier posibilidad de error.

3.15 Conclusiones

Después de revisar los resultados obtenidos en las tres fases del preoperatorio, en la cual se evaluó la calidad del cuidado de enfermería en la seguridad del paciente quirúrgico. De acuerdo con los indicadores evaluados en cada fase, y analizando los datos estadísticos, se determina que el Preoperatorio se da una atención de Regular calidad al paciente con un mayor número de indicadores acertados en este intervalo. En la fase Transoperatoria se evaluó una atención de Regular calidad con un 74%, de los indicadores acertados y el Posoperatorio de da una buena calidad de atención con un 100% del intervalo.

Evaluando cada uno de los indicadores para mejorar la seguridad del paciente, se identificaron cuáles son los que si se realizan con mayor frecuencia durante las tres fases y los que no se llevan a cabo y así se puedan mejorar la atención y tener mejor seguridad.

En el Preoperatorio llevaron a cabo una buena verificación del expediente clínico, corroboraron que el paciente no sea hipertenso y se toman signos vitales a su llegada a la unidad. Pero no se le da un tiempo de calidad para resolver sus dudas. Durante el Transoperatorio: corroboraron que el paciente tenga la posición quirúrgica adecuada para la cirugía, llevaron a cabo el recuento del instrumental antes y al final de la cirugía y mantuvieron el quirófano limpio y ordenado, se observó que no realizan una desinfección buena del quirófano y que no se protegen las zonas de presión para evitar fricciones. El Posoperatorio: revisaron y monitorizaron al paciente a su llegada a la unidad, así como mantuvieron la herida quirúrgica cubierta para evitar que exista riesgo de contaminación y ministran medicamentos siguiendo los pasos correctos, pero no realizaron una verificación que el paciente tenga sondas y drenajes.

Este estudio permitió establecer el impacto de las intervenciones orientadas para fortalecer la seguridad del paciente que llevan a una mayor conciencia en el equipo quirúrgico. Entre las razones son para comunicar las ocurrencias de eventos adversos, lo que puede sugerir que la enfermería está más enfocada en la persona, que en el sistema y a pesar a las consecuencias que ocasione el comunicar los errores ocurridos.

3.16 Sugerencias

Mejorar la calidad de los cuidados de enfermería a través de la implementación de programas de mejora continua, elaboración de protocolos de atención en el paciente perioperatorio y promover la realización de capacitaciones dirigidas al personal de enfermería de dicha área, aportando conocimientos para mejorar la calidad de los cuidados de enfermería en el quirófano del Hospital General Regional Vicente Guerrero, fortaleciendo así los conocimientos adquiridos mediante evaluaciones continuas y de esta

manera contribuir en la disminución de complicaciones y riesgos potenciales en el paciente quirúrgico; favoreciendo su adaptación al ambiente del servicio y motivar su opinión respecto a los cuidados que se le brinda, permitiendo de esta manera al personal de enfermería la identificación de las debilidades presentes en su atención, para su posterior actualización de conocimientos y así alcanzar la calidad de los cuidados que permitan lograr la satisfacción del paciente en el perioperatorio.

Bibliografía

Amo, F. D. (2017). *Proceso quirúrgico*. Obtenido de

http://mural.uv.es/rasainz/1.1_GRUPO3_POSTOPERATORIO.pdf

- Arcos, k. (2017). *Repositorio Digital Universidad De Las Américas*. Obtenido de <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/6803/1/UDLA-EC-TLE-2017-10.pdf>
- Becerra N. (2010). Escuela de Ciencias de la Salud, Enfermería. *Aplicación de las Normas de Bioseguridad de los Profesionales de Enfermería*. Noviembre 2010
- Carvalho, I. (2017). *Mestas de enfermería*. Obtenido de <https://www.enfermeria21.com/revistas/metast/articulo/80871/>
- Castañeda, G. (2018). *accessed medicina*. Obtenido de <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1431§ionid=97878968>
- Chocorro. (2013). Procedimientos y cuidados. Enfermería Médico Quirúrgica.
- De Oliveira, S. (2015). *Rev cubana Enfermer v.21 n.2*.
- Díaz, E. (2016). Valoración del dolor agudo postoperatorio. *Editorial planeta*.
- Díaz, G. (s.f.). *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*. Obtenido de <http://repositorio.cualtos.udg.mx:8080/jspui/bitstream/123456789/348/1/Filosofia%20de%20la%20ciencia%20del%20cuidado.pdf>
- F, I. (2015). *cybertesis*. Obtenido de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5078>
- Félix, M. (2016). *Scielo*. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592016000300164
- García, M. (2012). Historia de la enfermería: evolución histórica de la calidad y cuidado enfermero. 2.

Graciela, S. (s.f.). *historia y vida online*. Obtenido de

<http://www.sanjuandedios.com/historiayvida/seguridad-del-paciente-la-calidad-del-cuidado-enfermeria/>

Guerrero, S. (2018). *Scielo*. Obtenido de

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532018000100101

IMSS. (2015). *el regional*. Obtenido de [http://www.elregionaldelacosta.com.mx/gobierno-](http://www.elregionaldelacosta.com.mx/gobierno-federal/imss/6807-celebra-xxiv-aniversario-hgr-no-1-vicente-guerrero-del-imss-en-acapulco.html)

[federal/imss/6807-celebra-xxiv-aniversario-hgr-no-1-vicente-guerrero-del-imss-en-acapulco.html](http://www.elregionaldelacosta.com.mx/gobierno-federal/imss/6807-celebra-xxiv-aniversario-hgr-no-1-vicente-guerrero-del-imss-en-acapulco.html)

Labio, C. (2018). *universidad nobert winer*. Obtenido de

<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2673/TRABAJO%20ACAD%c3%89MICO%20Mart%c3%adnez%20Werner%20-%20Conde%20Margoth.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lucy, C. (2015). Obtenido de <file:///C:/Users/carol/Downloads/1026-2734-1-PB.pdf>

Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión

1.1. *Informe Técnico Definitivo, enero de 2009*. World Health Organization. Patient Safety.

Meléndez, C. (2015). *revista cuidararte*. Obtenido de

<https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/165>

MEXICANOS, C. P. (s.f.). Obtenido de

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_060320.pdf

Moyal, E. (2016). *ecuador - ambato*. Obtenido de

<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/3378/1/TUAMEQ>

N, V. (2014). *repositorio*. Obtenido de

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9654/1/tesis%20otavalo%20natalia.pdf>

NOM-012-SSA3-2012. (s.f.). Obtenido de

http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013

OMS. (2015). *organización mundial de la salud*. Obtenido de

http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf

Ortiz, A. (2017). *El checklist quirúrgico; herramienta fundamental para garantizar la*.

Obtenido de

https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/22788/TFG_ORTIZ_ARTEAGA.pdf?sequence=1

Osorio, J. (2008). *ética en la investigación*. Obtenido de

<http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol60-00/2/principioseticos.htm>

Pérez, L. (2017). *revista cubana de enfermería* . Obtenido de

<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1209/265>

Ramírez, I. (s.f.). *Nivel de satisfacción del paciente post operado sobre cuidado de*

enfermería en. Obtenido de

<http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/handle/123456789/5095>

Rojas. (2017). *Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de*.

Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3986732>

SALUD, L. G. (s.f.). Obtenido de

http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

Savedra. (2016). *Rev. Latino-Am.*

Taporosikn, F. (2017). *REVISTA LATINOAMERICANA*. Obtenido de

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692017000100357&script=sci_arttext&tlng=es

Tixtla. (2019). *Guerrero life*. Obtenido de <https://guerrerolife.com/2019/07/09/mi-estado-mi-identidad/>

Valdez. (2014). *access medicina*. Obtenido de

<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1466§ionid=101739402>

Vasques. (2017). *minsalud*. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-procesos-quirurgicos.pdf>

wikipedia . (2018). Obtenido de https://es.wikipedia.org/wiki/Estado_de_Guerrero

Amo, F. D. (2017). *Proceso quirurico*. Obtenido de

http://mural.uv.es/rasainz/1.1_GRUPO3_POSTOPERATORIO.pdf

Arcos, k. (2017). *Repositorio Digital Universidad De Las Américas*. Obtenido de

<http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/6803/1/UDLA-EC-TLE-2017-10.pdf>

Carvalho, I. (2017). *Mestas de enfermería* . Obtenido de

<https://www.enfermeria21.com/revistas/metast/articulo/80871/>

Castañeda, G. (2018). *accesse medicina*. Obtenido de

<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1431§ionid=9787>

8968

Chocorro. (2013). Procedimientos y cuidados. Enfermería Medico Quirúrgica.

De oliveira, S. (2015). *Rev cubana Enfermer v.21 n.2*.

Diaz, E. (2016). Valoración del dolor agudo postoperatorio. *Editorial planeta*.

Diaz, G. (s.f.). *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*. Obtenido de

<http://repositorio.cualtos.udg.mx:8080/jspui/bitstream/123456789/348/1/Filosofia%20de%20la%20ciencia%20del%20cuidado.pdf>

F, I. (2015). *cybertesis*. Obtenido de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5078>

Felix, M. (2016). *Scielo*. Obtenido de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592016000300164

García, M. (2012). Historia de la enfermería: evolución histórica de la calidad y cuidado enfermero. 2.

Graciela, S. (s.f.). *historia y vida online*. Obtenido de

<http://www.sanjuandedios.com/historiayvida/seguridad-del-paciente-la-calidad-del-cuidado-enfermeria/>

Guerrero, S. (2018). *Scielo*. Obtenido de

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532018000100101

IMSS. (2015). *el regional*. Obtenido de <http://www.elregionaldelacosta.com.mx/gobierno-federal/imss/6807-celebra-xxiv-aniversario-hgr-no-1-vicente-guerrero-del-imss-en-acapulco.html>

Labio, C. (2018). *universidad nobert winer*. Obtenido de

<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2673/TRABAJO%20ACAD%c3%89MICO%20Mart%c3%adnez%20Werner%20-%20Conde%20Margoth.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lucy, C. (2015). Obtenido de <file:///C:/Users/carol/Downloads/1026-2734-1-PB.pdf>

Melendez, C. (2015). *revista cuidararte*. Obtenido de

<https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/165>

MEXICANOS, C. P. (s.f.). Obtenido de

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_060320.pdf

Moyal, E. (2016). *ecuador - ambato*. Obtenido de

<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/3378/1/TUAMEQ>

N, V. (2014). *repositorio*. Obtenido de

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9654/1/tesis%20otavalo%20natalia.pdf>

NOM-012-SSA3-2012. (s.f.). Obtenido de

http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013

Oficina General de Epidemiología - *Red Nacional de Epidemiología Ministerio de Salud del Perú* <http://www.minsa.gob.pe/oge> (fecha de acceso: 14 noviembre 2018, hora 4:30 pm).

OMS. (2015). *organización mundial de la salud*. Obtenido de http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf

Ortiz, A. (2017). *El checklist quirúrgico; herramienta fundamental para garantizar la*. Obtenido de https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/22788/TFG_ORTIZ_ARTEAGA.pdf?sequence=1

Osorio, J. (2008). *ética en la investigación*. Obtenido de <http://www.medicinabuenaosaires.com/revistas/vol60-00/2/principioseticos.htm>

Pérez, L. (2017). *revista cubana de enfermería*. Obtenido de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1209/265>

Puertas M, Normas de Bioseguridad del Personal de Enfermería en Prevención de Infecciones Nosocomiales Unidad de Medicina, Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado UCLA (Venezuela). 2011

Ramírez, I. (s.f.). *Nivel de satisfacción del paciente post operado sobre cuidado de enfermería en*. Obtenido de <http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/handle/123456789/5095>

Rojas. (2017). *Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3986732>

SALUD, L. G. (s.f.). Obtenido de

http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf

Saavedra. (2016). *Rev. Latino-Am.*

Taporosikn, F. (2017). *REVISTA LATINOAMERICANA*. Obtenido de

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692017000100357&script=sci_arttext&tlng=es

Tixtla. (2019). *Guerrero life*. Obtenido de <https://guerrerolife.com/2019/07/09/mi-estado-mi-identidad/>

Valdez. (2014). *access medicina*. Obtenido de

<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1466§ionid=101739402>

Vasques. (2017). *minsalud*. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-procesos-quirurgicos.pdf>

wipidea. (2018). Obtenido de https://es.wikipedia.org/wiki/Estado_de_Guerrero

ANEXOS

Lista de cotejo de la calidad del cuidado de enfermería en la seguridad del paciente quirúrgico durante el preoperatorio.

No.	Indicador	SI	NO
1.-	La enfermera corrobora el nombre del paciente		
2.-	Se respeta la privacidad del paciente		
3.-	Se brinda el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas		
4.-	Llega en camilla con barandales		
5.-	El paciente está en ayuno		
6.-	Se toman signos vitales		
7.-	Recibió baño antes de la cirugía		
8.-	Zona a operar cuenta con tricotomía (20 MINUTOS ANTES DE LA CIRUGÍA)		
9.-	Trae bata		
10.-	Uñas cortas limpias y sin esmalte		
11.-	Trae alhajas o prótesis		
12.-	Verifica expediente clínico		
13.-	Cuenta con estudios de laboratorio		

14.-	Consentimiento informado		
15.-	Verifica alergia		
16.-	Cuanta con donadores		
17.-	Verifica suspensión de anticoagulantes		
18.-	Verifica si es hipertenso o diabético y si tomo su medicamento		
19.-	Verifica si el paciente tiene antecedentes quirúrgicos		

(Lucy, 2015)

Lista de cotejo de la calidad del cuidado de enfermería en la seguridad del paciente quirúrgico durante la transoperatorio.

No.	INDICADOR		SI	NO
1.-	Verifica el funcionamiento de equipos biomédicos			
2.-	Realiza la desinfección del mobiliario del quirófano			
3.-	Traslada al paciente de la camilla a la mesa de quirúrgica			
4.-	Participa en la inducción a la anestesia			
5.-	Mantiene el quirófano limpio y ordenado			
6.-	Mantiene la puerta del quirófano cerrada			
7.-	Posición quirúrgica adecuada			
8.-	Protección de zona de presión			
9.-	Verifica que la placa de retorno este en buenas condiciones			
10.-	Verifica la esterilidad de la ropa quirúrgica			
11.-	Corroborar la esterilidad del instrumental quirúrgico			

12	Realizan aseo mecánico con jabón o isodine espuma			
13.-	Verifica y registra el recuento de gasas antes de la cirugía y durante el cierre de la cavidad.			
14.-	Recuento del instrumental antes y al final de la cirugía			
15..	Manejo correcto de los punzocortantes			
16.-	Traslada al paciente en camilla con barandales			

(Lucy, 2015)

Lista de cotejo de la calidad del cuidado de enfermería en la seguridad del paciente quirúrgico durante el postoperatorio.

No.	INDICADOR	SI	NO
1.-	Recibe al paciente y lo ubica en la zona de monitoreo de acuerdo al tipo de anestesia		
2.-	Verifica sondas, drenajes y herida operatoria		
3.-	Escucha al paciente y alivia el dolor		
4.-	Administra medicamentos siguiendo los pasos correctos		
5.-	Traslada al paciente a su servicio de origen en camilla con barandales		
6.-	Mantiene la herida quirúrgica cubierta las primeras 24 – 48 hrs.		

(Lucy, 2015)



UAGro

**FACULTAD DE ENFERMERÍA N° 2
COORDINACIÓN DE POSGRADO**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUERRERO



CONACYT

Acapulco, Gro, Junio 2019.

**DR. EDGAR BALBUENA HERRERA
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 1 VICENTE
GUERRERO
IMSS, ACAPULCO GRO.
PRESENTE**

CON ATENC: DR. GUSTAVO LEYVA LEYVA

JEFE DE ENSEÑANZA

Por este conducto me es grato saludarle y sirva este oficio para solicitarle a usted se otorgue permiso a la estudiante C. estudiante de la especialidad de enfermería médico quirúrgica: Palma Zárate María Carolina, para realice el trabajo

de investigación “Evaluación de la calidad de intervenciones del cuidado perioperatorio de enfermería en la seguridad del paciente en el área quirúrgica en un hospital de segundo nivel de atención.”, durante el periodo Junio – Noviembre 2019.

El estudio solo se realizará, para ámbitos únicamente académicos, no poniendo en riesgo alguno antiético a la institución y al personal que labora en el mismo.

Esperando una respuesta positiva me despido de usted.

ATENTAMENTE

M.C. EVA BARRERA GARCÍA

COORDINADORA DEL POSGRADO DE ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA

c.c.p. Jefatura de Enfermería del Hospital Regional No. 1 Vicente Gro, IMSS

DIPOSITIVAS