

Trabajo de Investigación

Aplicación de la normativa institucional en la lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería del área quirúrgica en el Hospital General “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaría de Salud, Zihuatanejo Guerrero.

Presenta:

Lic. Enf: Santos Hernández Rodríguez

Para obtener el grado de especialista en:

Enfermería Médico Quirúrgica

Asesora Interna: M.C.E Eva Barrera García

Asesor Externo: M.C. Maria Juana Barrera García.

Grupo Disciplinar: La bioseguridad en Enfermería.

LGAC: Calidad en los Procesos de bioseguridad en enfermería.

LGAC de Enfermería Médico Quirúrgica: Calidad en Enfermería Médico Quirúrgica.

Tabla de contenido

Introducción.....	5
Capítulo 1 Generalidades de la Investigación:	6
1.1 Planteamiento del problema:.....	6
1.2. Pregunta de Investigación:.....	8
1.3. Objetivo General.....	9
1.3.1. Objetivos específicos.....	9
1.4. Hipótesis.....	10
1.5. Justificación	10
1.6. Contexto de la Investigación	12
1.6.1 Municipio de Zihuatanejo Guerrero	12
1.6.3. Antecedentes de las investigaciones de Lista de verificación de Cirugía Segura:	15
Capítulo 2 Marco Teórico	20
2.1. Estado del Arte	20
2.1.1. Marco Histórico de Cirugía Segura:.....	20
2.1.2. Conceptos del Marco de Cirugía Segura:	22
2.1.3. Marco Legal en la lista de Verificación de Cirugía Segura.	24
2.1.4. Protocolo Universal Perioperatorio en el paciente quirúrgico.....	27
2.1.4.4. El acto quirúrgico.	30
2.1.4.5. El equipo quirúrgico	31
2.1.4.6. Sistema del trabajo en la organización quirúrgica	32
2.1.4.6.1. Intervención del acto quirúrgico en tres tiempos:.....	33
2.1.4.7. La enfermera instrumentista:	33
2.1.4.8. La enfermera circulante	34
Capítulo 3. Metodología de la investigación.....	36
Capítulo 4 .Plan de Acción e Intervención	49
4.1. Plan de recolección de datos:.....	49

Capítulo 5. Interpretación de resultados.....	51
5.1. Plan de presentación de los datos	51
Bibliografía.....	86
ANEXOS.....	92

Resumen:

La verificación de lista de cirugía segura en el servicio de quirófanos, (LVCS), es considerada la esencia de prevención de riesgos y peligros que puede sufrir un paciente programado para cirugía, el trabajo de investigación titulado: Aplicación de la normativa institucional en la LVCS, del personal de enfermería del área quirúrgica en el Hospital General “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaria de Salud, Zihuatanejo Guerrero. Objetivo general: Evaluar la aplicación de la normativa institucional en la lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería del área quirúrgica. Metodología: Descriptiva, observacional, transversal, probabilística, exploratoria y cuantitativa. Descriptiva: Se intervienen dos variables: variable dependiente que es la normativa institucional, y la variable independiente que es la LVCS, es transversal, porque se recolectaron datos en un solo momento y un tiempo del 1º de septiembre – al 16 de octubre 2019, para describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado; para documentar los registros, se utilizó la observación con un cuestionario como instrumento en preguntas codificado del 1 al 10, en 5 dimensiones, en las competencias de aplicación de la LVCS, por lista de cotejo realizada por rubricas abarcando el aspecto socio formativo laboral en preguntas politómicas; con previo consentimiento informado (anexo 2), también es probabilística, ya que se describieron la manipulación de variables en la variable dependiente: número de veces que la enfermera en el peri operatorio del paciente para cirugía mayor, aplica la LVCS, en los turnos matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada; variable independiente: se tomó una muestra sistémica: en pre-operatorio, instrumentista, circulante; es de tipo cuantitativa por que se determinó tamaño de la muestra 15 enfermeras; 3 son especialistas, 9 son licenciados en enfermería, 3 con pos técnico en enfermería, de un universo de 120 del personal de enfermería que participaron en el proceso peri operatorio; se utilizó la exploración donde se formularon preguntas para la seguridad del paciente en el paciente quirúrgico, del cumplimiento del LVCS. Resultados: Al cruzar las variables el turno y evaluación en la aplicación de la LVCS en las intervenciones quirúrgicas de una cirugía, se encontró que el personal del turno matutino se obtuvo un media de: 7.15; del turno vespertino: media de 5.89; turno nocturno: media de: 6.58; jornada acumulada: media de 6.2. Respecto al Cumplimiento del proceso de lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería vs profesión a la profesionalización, se encontró que la enfermera general con técnico en enfermería su evaluación fue de 6.4228. Las enfermeras generales con pos técnico, su evaluación fue de 6.9919. Las enfermeras generales con licenciatura su evaluación fue de 6.0434 y las enfermeras especialistas obtuvieron una evaluación de 6.9648. En la identificación del paciente y comunicación efectiva, tuvo una evaluación reprobatoria de 5.6768. En el paciente y sitio correcto, así como la cirugía correcta, evaluación reprobatoria de 4.6032. Cumplimiento de la revisión continua del proceso quirúrgico, obtuvo una evaluación de 7.5778, siendo una evaluación aceptable. Conclusión: De acuerdo con la evaluación global de aplicación de la normativa institucional en la lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería del área quirúrgica, fue de 6.5312, lo cual se observa que existen deficiencias en la aplicación. En 95% de confianza a que el intervalo 6.1542 a 6.9081.

Palabras claves: Cirugía segura, Lista de verificación, apego, acciones de seguridad, paciente quirúrgico, cirugía mayor.

Introducción

El trabajo de investigación presentado, se realizó la pregunta de investigación, cual es la aplicación de la normativa institucional en la lista de verificación de cirugía segura, por el personal de enfermería del área quirúrgica; en la que se desglosa, la normatividad del protocolo universal perioperatorio en el paciente quirúrgico del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica 2017, a través de los acuerdos en la Organización mundial de la salud (OMS), de la meta de “La cirugía segura salva vidas” que surge como iniciativa de la “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente” en el año 2004, implementándose la lista de verificación de cirugía segura (LVCS).

En la primera parte del trabajo se esclareció la ruta investigativa, partiendo del problema de los eventos adversos más frecuente con las variables señaladas, desde el año 1908 Ernest A. Señala los siguientes: a) Los errores quirúrgicos que se debían a la falta de conocimientos técnicos o de habilidades. b) Los que se debían a la falta de juicio quirúrgico. c) Los generados por falta de cuidados o de un equipo. d) Los ocasionados por falta de habilidad en el diagnóstico; en la segunda parte se abordan los contextos nacionales e internacionales en instituciones de salud que realizaron estudios sobre LVCS, de los procedimientos seguros implementados por la OMS, y además la posición del cumplimiento, que guarda el talento humano de enfermería en el Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, de la Secretaría de Salud en Zihuatanejo Guerrero, respecto a la LVCS.

En el estado del arte, se conceptuaron con la matriz de variables, de la LVCS, en tres fases: fase pre-quirúrgica, fase trans-quirúrgica y fase post-operatoria, aplicándose 5 dimensiones: 1) Valoración Peri operatoria, 2) Asepsia en la intervención Quirúrgica, 3) Pausa quirúrgica, 4) Cirugía segura en el trans- operatorio, 5) Valoración del paciente al final de la cirugía.

Con la seguridad que nos mueve hacia la calidad de la cirugía segura, como estudiante de la especialidad en Enfermería Médico Quirúrgica, se desarrolló el pensamiento científico crítico de enfermería, para realizar una práctica transformadora implementando, un Programa Guía cumplir con la normativa institucional de aplicación de la LVCS en el servicio de quirófanos, en el Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, de la Secretaría de Salud en Zihuatanejo Guerrero.

Capítulo 1 Generalidades de la Investigación:

El trabajo de Investigación se rescata el precepto señalado por Hipócrates relativo a “primero no hacer daño” y el postulado de Avedis Donabedian de “procurar para los pacientes el máximo beneficio, exponiéndolos al mínimo riesgo”, (Pecci EA, 2015) la Alianza para la Seguridad del Paciente de la OMS son demostraciones de ello, una práctica clínica segura exige alcanzar tres objetivos: evaluar qué procedimientos clínicos, diagnósticos y terapéuticos son los más eficaces, garantizar que se aplican a quien los necesita y que se realizan correctamente y sin errores (Diario Oficial 2015).

1.1 Planteamiento del problema:

México en el año 2011 en el Servicio de Cirugía General, Institución SANVITE, Guadalajara, Jalisco; se evidenció una relación de 0,6 eventos por cada paciente intervenido entre los cuales se encontró: oblitos(recuento de gasas, instrumental y compresas), 1)paquetes quirúrgicos mal esterilizados con, batas húmedas, falla en 2) engrapadora quirúrgica por inadecuada manipulación,3) paciente bajo bloqueo espinal a quien no se le inmovilizaron los brazos y contamina área quirúrgica, 4)fuga de gases anestésicos y oxígeno en máquinas de anestesia,5) cirujano se contamina con otros miembros del equipo,6) errores en la administración del medicamento, fallas en equipos, deficiente preparación.(Hernández TF, et al., 2015).

Núñez RV (2015.) identifica seis factores como causas de complicaciones y errores en cirugía: 1. La organización. 2. Las situaciones. 3. El equipo de trabajo. 4. Los aspectos humanos individuales. 5. La rutina. 6. El paciente, cabe mencionar que desde el año 1908 Ernest A. Codman, investigó sobre las causas de muertes no esperadas en el posoperatorio y se atrevió a presentar una clasificación de los errores en cirugía: a) Los errores quirúrgicos que se debían a la falta de conocimientos técnicos o de habilidades. b) Los que se debían a la falta de juicio quirúrgico. c) Los generados por falta de cuidados o de un equipo. d) Los ocasionados por falta de habilidad en el diagnóstico, al declarar esto, Codman fue expulsado todas las

sociedades quirúrgicas; que hasta la fecha siguen siendo los factores que causan eventos adversos del proceso peri operatorio.

En el año 2013 (citado Núñez RV 2015), la Joint Commission on the Accreditation of Health care Organizations (JCAHO) señala que existen dos tipos de errores que son los más frecuentes durante el proceso de atención en cirugía: el primero, son los errores paciente-incorrecto, que se producen en casi todas las etapas de diagnóstico y tratamiento; estos se puede observar en el pre, trans y post quirúrgico; el segundo, son los problemas de comunicación entre el personal de salud y del personal de salud con el paciente, señalando que otros eventos adversos que se pueden presentar durante el procedimiento quirúrgico, y que se presentan con frecuencia, son los eventos relacionados con la anestesia, los eventos cardiovasculares, tales como las arritmias y los eventos isquémicos, el trombo embolismo venoso y los problemas relacionados con la transfusión sanguínea.

En este contexto en el 2008, la Organización mundial de la salud (OMS) la “La cirugía segura salva vidas” surge como iniciativa de la alianza mundial para la seguridad del paciente (2004), se establece una lista de chequeo para implementar en las salas de cirugía en el proceso perioperatorio, la cual consiste básicamente en la realización de paradas y aplicación de una lista de chequeo en 3 momentos clave del procedimiento quirúrgico: antes de la inducción de anestesia, antes de la incisión cutánea y antes de que el paciente salga del quirófano. (Citado por Taporosky F.A, et al, 2017)

En el Hospital General “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, de la Secretaria de Salud en Zihuatanejo Guerrero cuenta con 2 quirófanos, cuando se realiza una cirugía el equipo quirúrgico es de: 1 Médico especialista, 1 anestesiólogo, 1 Medico interno como 1er ayudante, 1 enfermera instrumentista, 1 enfermera circulante; se realiza la Investigación, de “Aplicación de la normativa institucional en la lista de verificación de cirugía segura en un hospital de segundo nivel; 2019”, para una “cirugía segura salva vidas”; para conocer como ejecutan la LVCS, y que factores predisponen el incumplimiento de dicha estrategia, ya que según estudios existen personas que si conocen que deben realizar la LVCS, pero no la realizan porque simplemente, no se

les tomo en cuenta para establecer la LVCS, con opiniones que es una pérdida de tiempo, o un incluso una interrupción en el ritmo de trabajo.

En repetidas ocasiones se considera que el limitante para llevarla a cabo, la LVCS, es por falta de personal no capacitado, personal de nuevo ingreso que desconoce el área quirúrgica, la ausencia del talento humano de enfermería quirúrgica en los quirófanos, las faltas consecutivas laborales de enfermería del área quirúrgica, la no exigencia de los directivos inmediatos al personal del área quirúrgica de su aplicación, no obstante, esta consecuencia se repite en varios hospitales del país; por lo que el propósito primordial es, si el talento humano de enfermería del área quirúrgica, del Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, de la Secretaría de Salud en Zihuatanejo Guerrero, aplica la lista de chequeo dirigido por normativa institucional por la enfermera circulante, por ello se plantea la siguiente pregunta de investigación:

1.2. Pregunta de Investigación:

¿El personal de Enfermería aplica la normativa institucional de la LVCS, en las intervenciones quirúrgicas de cirugías realizadas, en el Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, de la Secretaría de Salud en Zihuatanejo Guerrero?

1.3. Objetivo General

Evaluar la aplicación de la normativa institucional en la lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería del área quirúrgica en el Hospital General “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, de la Secretaría de Salud en Zihuatanejo Guerrero.

1.3.1. Objetivos específicos

- 1.3.1.1. Evaluar el cumplimiento del registro de la Identificación del paciente por parte del personal de enfermería del Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez de Zihuatanejo, Guerrero.
- 1.3.1.2. Evaluar el cumplimiento del registro de la asepsia en la intervención Quirúrgica por parte del personal de enfermería del Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez de Zihuatanejo, Guerrero.
- 1.3.1.3. Evaluar el cumplimiento del registro de la pausa quirúrgica por parte del personal de enfermería del Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez de Zihuatanejo, Guerrero.
- 1.3.1.4. Evaluar el cumplimiento de la revisión continua del proceso quirúrgico en el trans-operatorio por parte del personal de enfermería del Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez de Zihuatanejo, Guerrero.
- 1.3.1.5. Evaluar el cumplimiento de la valoración del paciente al final de la cirugía operatorio por parte del personal de enfermería del Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez de Zihuatanejo, Guerrero.
- 1.3.1.6. Participar en la aplicación del personal de enfermería, con un programa guía de intervención, del área quirúrgica, para fortalecer en la aplicación de la normativa institucional de la LVCS, en las intervenciones quirúrgicas de cirugías realizadas, en el Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, de la Secretaría de Salud en Zihuatanejo Guerrero.

1.4. Hipótesis

Si se efectúa el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura, entonces el proceso de la normativa institucional del personal de enfermería en el área quirúrgica, es de calidad.

1.5. Justificación

El cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, permitió superar las limitaciones en su ejecución e implementar estrategias viables para su cumplimiento, garantizando el cuidado holístico, humano, de calidad demostrado en un acto quirúrgico seguro y por lo tanto, concordante con el respeto a la vida y dignidad, reconocidos a la persona cuidada en el lema “Cirugía segura- salva vidas” ; los procedimientos de la LVCS se estandariza en tres fases: fase pre-quirúrgica, fase trans-quirúrgica y fase post-operatorio, cuyo énfasis se requieren elementos necesarios para técnicos /científicos operativos que precede a la cirugía, necesarios para su correcta ejecución y en los cuales existe interacción entre varias personas: En la fase pre-quirúrgica el paciente pasa por un proceso, en el que tiene contacto con profesionales y técnicos que, conforme a sus responsabilidades, ofrecen información, aclaran dudas clínicas y administrativas, realizan revisión detallada de la documentación requerida y de la historia clínica previa; todo esto para garantizar que el procedimiento sea llevado a cabo de manera exitosa, en la fase del trans/ operatorio quirúrgico y posterior a este, también hay una serie de acciones que, llevadas a cabo de manera correcta, disminuyen el riesgo de presentación de complicaciones posteriores. Por lo tanto, resulta imprescindible, utilizar la Lista de Verificación de Cirugía segura (OMS 2018), para garantizar de forma eficiente y rápida la observancia de medidas peri-operatorias, que aportan al paciente beneficios demostrados, para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables.

En este sentido como estudiante de la Especialidad de Enfermería Médico Quirúrgica, en concordancia con la propuesta en el manual de cirugía segura de la Secretaria de Salud en México, se requirió evaluar si el personal de enfermería del

área quirúrgica, aplica la normativa institucional, por ello la importancia del estudio, primero para verificar el cumplimiento de la normatividad institucional, segunda el cumplimiento de la misma, y tercero el cuidado humano aplicando la lista de verificación de cirugía segura como la cuarta acción de la seguridad de los procedimientos, señalada por la OMS en seguridad del paciente en el proceso peri operatorio.

En México en el IMSS a través de la dirección de prestaciones médicas, Echeverría Z. S et all. (2011), registra datos de los servicios que con más frecuencia tienen eventos adversos, siendo en primer lugar las cirugías de gastroenterología con un 51%, catalogados en su estudio como cirugía general; otro estudio presentado en Cuba Estrada G. C. (2018), registra antecedentes que la cirugía general ocupa el primer lugar de eventos adversos en un 28. 10%; la OMS señala en el documento de alianza mundial para la seguridad del paciente (2008) que los estudios realizados en países en desarrollo señalan una mortalidad por evento adverso de 5-10% en operaciones de cirugía mayor, con una tasa de mortalidad del 0,5-5%, por ello, me motiva a realizar el trabajo de investigación en el servicio de quirófanos, cuya clasificación entran todas las tipificadas como cirugía general.

Los resultados, nos permitirán, describir como realiza el personal de enfermería del equipo quirúrgico la aplicación de la LVCS, identificando las falencias de los integrantes del equipo quirúrgico, acerca de la utilidad y aplicación del mismo y lo que este supone, sin predecir la exposición a que someten al paciente en relación a su seguridad física y a ellos en su responsabilidad administrativa y legal. Esta investigación será de gran utilidad, ya que sus resultados beneficiaran a un significativo número de personas que diariamente se someten a algún tipo de intervención quirúrgica, siendo muchas veces víctimas de una serie de complicaciones e incluso llegar a eventos de cuasifalla, eventos adversos hasta los eventos centinelas.

1.6. Contexto de la Investigación

1.6.1 Municipio de Zihuatanejo Guerrero

Guerrero es uno de los treinta y un estados que conforman los Estados Unidos mexicanos. Su capital es Chilpancingo de los Bravos, tiene siete regiones de las cuales la más poblada es Acapulco de Juárez. Se encuentra ubicado en la región suroeste del país, limitando al norte con el Estado de México, Morelos y Puebla, al sureste con Oaxaca, al suroeste con el Océano Pacífico y al noroeste con el río Balsas que lo separa de Michoacán. Fue fundado el 27 de octubre de 1849.

El Estado tiene una extensión de 63.794 km², es decir, el 3,2 % del total del territorio nacional. Ocupa el decimocuarto lugar en extensión territorial. El Estado de Guerrero es sumamente montañoso, tiene serranías, además de ser muy irregular por sus sierras madres. Es atravesado por la llamada Depresión Austral, y es recorrido por la sección sureste de la Sierra Madre del Sur. El eje volcánico Transversal atraviesa parte de Guerrero, principalmente la Región Norte. Mientras que los bosques de coníferas del Estado, son de los más grandes del país, un 14,8 % está en Guerrero.

El estado de Guerrero se encuentra territorialmente dividido en ocho regiones, que distinguen rasgos económicos, sociales, culturales y geográficos. (Gobierno del Estado. 2017.) dentro de las regiones, la costa Grande compuesta por ocho municipios. Se extiende desde el Río Balsas hasta el Puerto de Acapulco. La mayoría de los habitantes de esta región se encuentran en las ciudades de Atoyac, Tecpan, Zihuatanejo, Petatlán, La Unión y Coahuayutla.

En materia de salud el estado de Guerrero en el año de 1984, mejoró e incrementó la atención de segundo nivel, mediante la rehabilitación de los hospitales de Acapulco, Iguala y Taxco, con un total de 150 camas, la ampliación a 66 camas del hospital de Chilpancingo y la construcción de un hospital de 60 camas, en Zihuatanejo; con capacidad de 60 camas, cada una, se iniciará la construcción este año, de las unidades hospitalarias de Coyuca de Catalán, Iguala y Ciudad Renacimiento y de 30 camas en Chilapa, faltándonos solamente los hospitales de Ometepepec con 60 camas y de Teloloapan, con 30 camas, para complementar la cobertura de atención de segundo nivel (Lasso, 2003).

Dentro de la costa grande se encuentra el puerto de Zihuatanejo el cual cuenta con lugares paradisíacos como son Ixtapa, la ropa, la madera, y la isla; zonas de mayor afluencia turística, (inegi.2010). Hace mención que el puerto contaba hasta ese año con un total de 67,408 habitantes, posicionándola como la cuarta ciudad más poblada de Guerrero (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2005).

El 23 de diciembre de 1953, Zihuatanejo se convirtió en cabecera del municipio de José Azueta (hoy Zihuatanejo de Azueta), “Para 1971, el gobierno federal decretó un fideicomiso del Banco de México para crear un nuevo polo turístico denominado Ixtapa-Zihuatanejo.

La ciudad es la sede del Gobierno de la municipalidad y la comunidad principal en la región. Desde el 1970, se ha desarrollado en colaboración con Ixtapa cerca, pero conservando su toque tradicional mexicano. El centro de la ciudad está ubicado en el extremo norte de la bahía. El centro todavía tiene su estrecho calles pavimentadas con piedras o ladrillos. La ciudad también cuenta con una comunidad de larga data de inmigrantes suizos e italianos.

Es de importancia puntualizar que en materia de salud solo se contaba con centros de salud que hasta para la fecha de 1985, existían alrededor de tres siendo estos insuficiente para la población; fue que se gestionó la construcción de un Hospital General Regional llamado “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” fue construido a partir del año de 1985, e inaugurado el 11 de diciembre de 1987.

Es un hospital de segundo nivel, que por su zona de influencia es de concentración y puede considerarse Regional, por su tamaño es mediano, por su construcción es mixto, por su localización geográfica urbano. Depende directamente de la Secretaría de Salud en el Estado de Guerrero y brinda atención médica de segundo nivel a la población residente de los municipios de José Azueta, (105,000 habitantes) Petatlán (60,000), La Unión (40,000) y Coahuayutla (18,000) además de atención prioritaria al turismo nacional e internacional que visita este puerto (aproximadamente 100,000 turistas al año).

Los municipios beneficiados pertenecen a la jurisdicción sanitaria núm. 5 de Costa Grande, cubriendo aproximadamente el 80% de nuestra población abierta. Se ha incrementado la cobertura a un 100% en estos últimos dos años debido a la incorporación del programa del seguro popular, además de atender por medio de este programa a todos los ciudadanos que lo soliciten de cualquier parte del país que estén inscritos al seguro popular.

En diciembre de 1987 cuando entra en función se contaba con 60 camas censables y 20 transitorias, inició sus actividades exclusivamente en el área de consulta externa y para abril de 1988 se incorpora los servicios de especialidades básicas: Ginecología, Pediatría, Cirugía General y Medicina Interna.

La plantilla consistía en un total de 210 trabajadores de base, Es relevante mencionar que las condiciones de la infraestructura en ese momento eran de primer nivel, con características únicas y propias para su función en ese momento histórico pues se agregó el laboratorio clínico, servicio de Rx., Ultrasonografía y un grupo entusiasta de académicos que fomento el conocimiento medico meramente profesional partir de esta emérita institución. El crecimiento del personal institucional ha ido en incremento paulatino sin llegar a tener hasta la fecha una plantilla de su personal del 100%, así mismo su cobertura ha aumentado debido a su profesionalismo y responsabilidad manifestado en los resultados que se han obtenido en la atención de sus beneficiarios.

En el año 2005 la secretaria de salud beneficia a esta unidad médica otorgando los recursos económicos para la remodelación de su ala sur, urgencias, quirófanos, toco cirugía, así como pediatría, parte de medicina interna y ginecología.

En el año de 2010 da inicio a la remodelación del ala izquierda de hospitalización, la remodelación de la central de equipos y esterilización, la construcción del área que se asignara al servicio de rehabilitación y la construcción de las terapias intensivas adultas y neonatales.

Salas de quirófanos: Cuenta con dos quirófanos, para atender las urgencias quirúrgicas y cirugías programadas, debidamente estructurado, con dos equipos quirúrgico en el

turno matutino y vespertino y uno en el turno nocturno, que siempre esta alerta para atender cualquier eventualidad. También cuenta con una sala de recuperación, donde se encuentra los pacientes posquirúrgicos, a quienes después de estarlos monitorizando y brindarles los cuidados posquirúrgicos, se valoran por el servicio de anestesia y se egresan a piso o a su domicilio, si se trata de una cirugía ambulatoria. En la sala preoperatoria, están los pacientes que previamente van a ser intervenidos, protocolizados, que bajan de piso o de cirugía ambulatoria, debidamente preparados para ser intervenidos quirúrgicamente.

1.6.3. Antecedentes de las investigaciones de Lista de verificación de Cirugía Segura:

Las investigaciones realizadas sobre el cumplimiento de la LVCS, han sido estudios, que le ha faltado el análisis de las competencias en los perfiles laborales que se tienen que cubrir, además los profesionales médicos especialistas como cirujano y anestesiología, consideran que esto solo lo debe cumplir enfermería, el cual solo evidencia con registros de expediente clínico sin concordar y discordar alteraciones biológicas que el paciente presenta en el preoperatorio, y que ocasionan problemas hemodinámicos y fisiológicos durante el trans- operatorio y posoperatorio, sin embargo es un inicio de esfuerzo que el personal de enfermería realiza, cumpliendo órdenes que la misma normativa institucional ha declarado en su política operacional, donde se determina que la lista la debe de realizar la enfermera circulante. (INER 2017).

España: Pecci EA (2015) Investigación de el “Cheklist Quirúrgico. Una Herramienta para la Seguridad del Paciente. Objetivo: Lograr una medicina más segura, señalan la necesidad de establecer una cultura de seguridad. Resumen: El presente trabajo trata de una revisión de la literatura sobre seguridad del paciente en la actualidad, centrándose en el ámbito quirúrgico y especialmente examinando el uso del checklist en quirófano por profesionales que lo han utilizado. Palabras claves: Seguridad del paciente, efectos adversos, lista de verificación, cheklist de la OMS.

En Argentina: Rodríguez HV (2015), se realiza la investigación de “Descripción de la Aplicación de la Lista de Verificación Quirúrgica en el Servicio de Cirugía del

Hospital Privado en Córdoba, Argentina” .Objetivo: Analizar la aplicación de la LVQ (Lista de Verificación Quirúrgica) en el servicio de cirugía del Hospital Privado. El diseño de investigación es el retrospectivo transversal, descriptivo, cuantitativo. La fuente de recolección de datos es primaria, ya que se obtiene información directa de la población en estudio. Resultados: Los resultados de la lista de verificación de Cirugía Segura fueron cumplidas de manera global de 85 al 95% desde el la fase preoperatoria, transoperatoria y post operatoria, sin embargo no concuerda con las conclusiones emitidas por el autor. Conclusiones: Más del 40% del personal no considera la LVQ como herramienta útil. 2. Se puede relacionar este porcentaje con que más del 60% no dispone información sobre las consecuencias de la omisión del instrumento y consideran la necesidad de adaptar la lista de verificación utilizada en el nosocomio. Palabras Claves: Lista de verificación de cirugía segura, quirófanos, especialidades.

Lima Perú: Izquierdo FP (2016); trabajo de investigación “Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo” Objetivo. Determinar el nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo. Material y método. El estudio es cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 191 listas de chequeo de cirugía segura anexadas a las historias clínicas de los pacientes post- operados inmediatos y la muestra fue 57 de las mismas. La técnica utilizada fue el análisis documental, se utilizó 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. Resultados. Del 100% (57) Historias clínicas, un 68% (39) no cumple la lista de verificación de cirugía segura (LVCS), y un 32%(18) cumple. En la etapa antes de la inducción anestésica cumple 91% (52) y un 9% (5) No Cumple; en la Pausa quirúrgica cumple 77% (44) y un 23% (13) No Cumple y en la tercera etapa cumple 58% (33) y un 42% (24) No Cumple. Conclusiones. La mayoría del personal de Centro Quirúrgico del Hospital Dos de Mayo no cumple la LVCS, sin embargo un porcentaje significativo cumple; la enfermera realizó el mayor cumplimiento, seguido del

Anestesiólogo y finalmente el Cirujano. Palabras claves: Lista de verificación de cirugía segura, equipo quirúrgico.

Cuenca Ecuador: Astudillo JSC, Espinoza MK (2015) Objetivo General: Verificar la aplicación del Manual de Cirugía Segura de la Organización Mundial de la Salud en el Hospital Moreno Vázquez, Gualaceo, abril a septiembre, 2015. Metodología: realizamos un estudio descriptivo, con un universo de 452 cirugías, el método de recolección de datos fue el registro del listado de verificación de cirugía segura, en un formulario; los conocimientos del personal sanitario fueron determinados por medio de un cuestionario elaborado con base de datos de la OMS y la tabulación de datos mediante el SPSS. Resultados: la aplicación del manual se realizó de manera óptima en un 91.9%. El preoperatorio se cumple en el 91.05%, pero el marcado del sitio quirúrgico no se realiza en el 54.9%. En el intraoperatorio se cumple en un 92.1%, pero no se administra antibioticoterapia profiláctica en el 52.7%. El postquirúrgico se cumple en el 91.4%, pero no verifican el instrumental el 71%. Los conocimientos de personal sanitario sobre el manual están entre el 81.2% y el 62.5% respectivamente. Conclusión: este manual fue fácilmente aplicable, nos permitió detectar las falencias para que el personal sanitario pueda corregirlas y así mejorar el bienestar de los pacientes quirúrgicos por lo que recomendamos su utilización.

Bogotá Colombia: Ramírez CM, Andrés PW, et al (2016): Utilización de listas de chequeo en cirugías programadas; Objetivo. Caracterizar la utilización de las listas de chequeo en cirugías programadas con calidad de la atención del paciente quirúrgico en tres instituciones hospitalarias de Bogotá durante el 2016. Materiales y métodos. Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y de corte transversal. Se hizo un análisis univariado con tablas de frecuencia para las variables dicotómicas, y un análisis bivariado con la prueba de ji al cuadrado y el test exacto de Fisher. Resultados. Se encontró una utilización del 75,5 % de la lista de chequeo en el quirófano. En el análisis bivariado se determinó una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$) en la lista de chequeo. Palabras clave: garantía de la calidad

de atención de salud; seguridad del paciente; procedimientos quirúrgicos ambulatorios; cirugía general.

Quito Ecuador: Pozo G.N. (2015): Investigación de la “Verificación de la Lista de Chequeo para la Cirugía Segura Establecida, desde la Perspectiva del Paciente”. Objetivo: Verificar que la lista de chequeo para la cirugía segura establecida por la OMS, en el Hospital Metropolitano de Quito es aplicada adecuadamente, a partir de ítems verificables por el paciente. Métodos: Estudio descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a cirugía electiva o de emergencia, bajo anestesia general o regional, de todas las especialidades y que se encontraban en el periodo postoperatorio mediano, en el mes de marzo 2015. Se preguntó por aspectos de la lista, verificables por el paciente, y por la percepción de seguridad en este hospital. Resultados: Un total de 99 pacientes aceptaron participar en el estudio. Los ítems de la lista de verificación se cumplieron en el 79%, según los pacientes. El ítem de menor cumplimiento (50%) fue el de marcar el sitio quirúrgico. De las personas que conforman el equipo quirúrgico los que menos se presentaron con su nombre y función fueron el instrumentador quirúrgico (52%) y la enfermera circulante (32%). Un 30% de los pacientes refirió sentir temores relacionados con errores en la cirugía, xii el 89% de pacientes respondió haberse sentido seguro en quirófano, y un 99% de pacientes recomendaron este hospital para intervenciones quirúrgicas. Conclusiones: La aplicación de la lista de verificación de la OMS no es aplicada adecuadamente en el Hospital Metropolitano de Quito, según la percepción de los pacientes. Palabras Claves: OMS, Equipo quirúrgico, Cirugía, postoperatorio, seguridad, lista.

Estado de México: Lima R.G. (2017) Evaluación de la Aplicación de Lista de Verificación “Cirugía Segura”. Objetivo: Evaluar la aplicación de lista de verificación de cirugía segura. Metodología: Estudio prospectivo transversal, observacional. Población en estudio: 11 cirujanos, 13 anestesiólogos, 16 enfermera instrumentista y 22 enfermeras circulantes. Resultados: El registro de actividades durante la entrada quirúrgica el 100% del personal de enfermería encuestado cumple con la identificación del paciente con brazalete y expediente clínico, pero omiten el marcaje de sitio de

quirúrgico, el control de seguridad de anestesia se corrobora por personal de una empresa subrogada y no por el médico anestesiólogo. La profilaxis antibiótica se verifica por medio de los registros clínicos de enfermería y se efectuó en la mitad de pacientes intervenidos quirúrgicamente. Se verifico que la realización de la pausa quirúrgica no se efectúa en las cirugías, se omite la presentación del equipo quirúrgico. Palabras claves: Acto quirúrgico, pausa quirúrgica.

Capítulo 2 Marco Teórico

2.1. Estado del Arte

2.1.1. Marco Histórico de Cirugía Segura:

En la gestión de la cirugía esta ha sido considerada por la corriente humanista, como una exploración violatoria al cuerpo humano, donde se expone que la competencia del aprendizaje se inicia con ensayo error, y que estos han existido, por la propia práctica de aprender haciendo para ir construyendo una praxis científica a ir buscando resolver el problema de salud, que se presentan en el hombre, siguiendo el postulado hipocrático “; es una forma concreta de expresar el necesario humanismo de la atención médica y que señalaba de necesidad de evitar los malos procedimientos de aquel entonces,(Mejía E.A.2017) .

Raimundo P.E. (2015), cita en artículo de investigación, que en 1847se relaciona la reducción de la fiebre puerperal y el fallecimiento de los pacientes con el lavado de las manos, donde Florencia Nightingale recomendó el lavado de manos y el cuidado del entorno, pero dichas recomendaciones no fueron atendidas con precisión, cuyas consecuencia fue el fallecimiento por fiebre puerperal en un 20% de esa época; Ernest A. Codman en 1908, investigó, sobre las causas de muertes no esperadas en el postoperatorio y se atrevió a presentar una clasificación de los errores en cirugía (Amores A.T.et al., 2015) : a) Los errores quirúrgicos que se debían a la falta de conocimientos técnicos o de habilidades. b) Los que se debían a la falta de juicio quirúrgico. c) Los generados por la falta de cuidado o de un equipo. d) Los ocasionados por falta de habilidad en el diagnóstico. En 1932, Max Thorex cirujano torácico de Chicago, (citado por Castillo L.L 2015), publicó la obra “Errores Quirúrgicos y Salvaguardias”. Expresaba en su obra: “El primer gran error en la cirugía es la operación innecesaria y el siguiente, la realización de un procedimiento quirúrgico mayor por un cirujano que no se halla adecuadamente entrenado”.

La Organización Mundial de la Salud, en el 2008(López G.E 2016), lanza un programa para la seguridad del paciente quirúrgico denominado “cirugía Segura: Las prácticas quirúrgicas seguras salvan vidas”, con antecedentes estadísticos que se mencionan y que vincularon los eventos adversos quirúrgicos para la creación del programa mencionado son: En el mundo se vienen practicando cerca de 234 millones de cirugías mayores al año, por cada 25 personas 1 tiene cirugía mayor, y 63 millones son secundarias a traumas, 31 millones a cáncer y por lo menos un millón de muertes relacionados con procedimientos quirúrgicos mayores.(Febre N.,2018).

Al ir en el camino para la seguridad del paciente se asocia la regulación de conceptualizaciones en el área quirúrgica, los Estados miembros de la OMS. se reunieron grupos de trabajo compuestos por expertos internacionales que revisaron la bibliografía y las experiencias de personal clínico de todo el mundo, y coincidieron en señalar cuatro áreas en las que se podrían realizar grandes progresos en materia de seguridad de la atención quirúrgica en dos retos, el primero se basa en: prevención de las infecciones de la herida quirúrgica, seguridad de la anestesia, seguridad de los equipos quirúrgicos y medición de los servicios quirúrgicos, el segundo reto en 4 líneas de acción) (Sistema Nacional de certificación de establecimientos de atención Médica 2017).

- a) Aplicar la política de seguridad del paciente en la institución de salud
- b) Lineamiento operacionales de medición para la vigilancia en la atención quirúrgica.
- c) Identificando un conjunto sencillo de normas de seguridad de la cirugía que puedan aplicarse en todos los países y entornos y se recojan en una lista de verificación que se utilice en los quirófanos.
- d) Evaluando y difundiendo la lista de verificación y las medidas de vigilancia, primero en centros piloto de cada región de la OMS y después en los hospitales de todo el mundo

La preocupación de la OMS, el homologar la prevención de eventos adversos por la lista de verificación se sistematiza que el procedimiento perioperatorio se divide en tres procesos cada uno marcado con las secuencias requeridas en cada momento de la intervención del cuidado, por parte de todo el personal del área quirúrgica,

sistematizando y registrando bajo las Normas Mexicanas , Guías Clínicas institucionales , manuales que sirven de marco establecido para la seguridad de la atención intraoperatoria, con sus respectivos riesgos, que deben ser mitigados, el procedimiento relacionado, en este contexto de lo mencionado por Deming se planea, se hace, se verifica y se actúa como control en cada proceso del paciente en la cirugía segura en fases: (Melara M. (2017).

Primera fase: Preoperatoria puede intervenir en: la obtención del consentimiento informado; la confirmación de la identidad del paciente, del lugar anatómico de la operación y del procedimiento que ha de realizarse; la comprobación de la seguridad del aparato de anestesia y la medicación, y la preparación adecuada de los acontecimientos intraoperatorios.

Segunda fase: Operatoria, para garantizar un resultado satisfactorio de la intervención quirúrgica, es necesario: un uso adecuado y prudente de los antibióticos; disponibilidad de técnicas de imagen fundamentales; una monitorización adecuada del paciente; un trabajo en equipo eficiente; competencias anestésicas y quirúrgicas; una técnica quirúrgica meticulosa, y una comunicación eficiente entre los miembros del equipo (cirujanos, anestesistas, personal de enfermería).

Tercera fase: En el postoperatorio, un plan de cuidados claro, una buena comprensión de los sucesos intraoperatorios y el compromiso para mejorar la calidad pueden suponer un avance en la atención quirúrgica, favoreciendo así la seguridad del paciente y mejorando los resultados.

2.1.2. Conceptos del Marco de Cirugía Segura:

Vinculando conceptos, de la Cirugía Segura, como: el procedimiento efectuado en quirófano para curar, mediante intervenciones quirúrgicas, algunas enfermedades del cuerpo humano, observando reglas que minimicen riesgos y daño a los enfermos, a la vez que examina la ausencia de lesiones derivadas de dicha atención, asegurando la vida de la persona que será intervenida, ya que, aunque el propósito de la cirugía es salvar vidas, tiene repercusiones importantes en el servicio perioperatorio. (Sistema Nacional de certificación de establecimientos de atención Médica 2017)

- Seguridad del Paciente: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basada en evidencias científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo, de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o mitigar sus consecuencias.
- Cirugía segura: Conjunto de acciones que realiza el equipo de salud de centro quirúrgico que permite realizar una intervención quirúrgica alcanzando la seguridad del paciente al 100% utilizando una lista de verificación.
- Lista de chequeo: Es un instrumento que evalúa el cumplimiento de los procesos requeridos para realizar el acto quirúrgico, a través de una verificación; con el propósito de mejorar la seguridad de las operaciones y reducir el número de complicaciones y muertes quirúrgicas evitables. Garantizando las intervenciones quirúrgicas electivas y de emergencia con la lista de chequeo establecida por la OMS.
- Personal de centro quirúrgico: Es aquel personal de salud conformado por anestesiólogo, cirujano y enfermera; y que tiene la responsabilidad de realizar el llenado la lista de chequeo la cual proporciona parámetros de seguridad al paciente que va a someterse a una intervención quirúrgica.
- Paciente de centro quirúrgico: Todo aquel individuo que está programado para ser sometido a una intervención quirúrgica electiva o de emergencia cuyos padecimientos solo pueden ser corregidos por medio de intervenciones quirúrgicas.
- Nivel de cumplimiento: Es la acción y efecto de cumplir con determinada cuestión o con alguien.
- Evento Adverso: Incidente desfavorable, que produce daño leve o moderado al paciente, percances terapéuticos, lesiones iatrogénicas u otros sucesos adversos que ocurren directamente asociados con la prestación medica.es el resultado de una atención en salud, de manera no intencional (Subcomité de riesgo y eventos adversos 2017).
- Evento Centinela: hecho inesperado que involucre la muertes o daño físico o psicológico grave, y que no está relacionado con la historia natural de la enfermedad. (Joint Commission on Accreditation of Health Care 2017).
- Cuasi falla. Error médico que no produjo un evento adverso por que se detectó a tiempo. (Joint Commission on Accreditation of Health Care 2017).

- **Incidente:** es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente, que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención. (Joint Commission International 2017)
- **Oblito:** cuerpo extraño olvidado en el interior de un paciente durante una intervención quirúrgica. Entre éstos se pueden citar: gasas, compresas, pinzas, retractores, agujas, electrodos, etc. (Aristizabal M.H, sin año)
- **Servicio Quirúrgico:** servicio destinado a la realización de procedimientos e intervenciones quirúrgicas que requieren recurso médico especializado, estancia hospitalaria, en algunas ocasiones equipamiento específico y de tecnología de punta por procedimiento, siempre en salas quirúrgicas. (Minsal 2015).
- **Quirófano:** espacio cerrado completamente, que permite la prestación del servicio quirúrgico por parte de un equipo de profesionales idóneos del área de la salud, con tecnología de punta, para todos los procedimientos que se hacen bajo anestesia general, regional o local y sedación. (Minsal 2015).
- **Actividad o Procedimiento Quirúrgico:** es la operación instrumental, total o parcial, de lesiones causadas por enfermedades o accidentes, con fines diagnósticos, de tratamiento o de rehabilitación de secuelas (Mauricio D.M. et al., 2015)
- **Cirugía Mayor** es “todo procedimiento realizado en quirófano que permite la incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido; generalmente requiere anestesia regional o general o sedación profunda para controlar el dolor” (Joint Commission International 2017).
- **Seguridad en Cirugía:** es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basada en evidencias científicamente probadas, que tienden a minimizar el riesgo de un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. (Joint Commission International 2017).

2.1.3. Marco Legal en la lista de Verificación de Cirugía Segura.

La Constitución Política de nuestro país establece dentro de las garantías individuales, en el artículo cuarto, que cualquier individuo tiene derecho a la protección de su salud para lo cual la federación y los estados, a través de la Ley General de

Salud, (Última reforma publicada DOF 20-08-2009), donde se definen las bases y modalidades para el acceso a estos servicios; en este escenario las condiciones de la práctica profesional tienden a transformarse diariamente por los efectos del desarrollo tecnológico, de los sistemas de comunicación computarizados, pero también por el impacto que los cambios en el panorama epidemiológico. Sin embargo y más allá de la diversidad y del cambio que se enfrenta, en la atención a la salud y en la práctica profesional del profesional en el área quirúrgica, sus funciones parten de un marco legal a partir de los preceptos marcados en la Constitución Federal en la normativa aplicable a través de la normas oficiales mexicanas, que exigen en su praxis, una práctica correcta y un cuidado seguro donde el artículo 5º constitucional, otorga una garantía para los pacientes, y una autorización para quienes cumplan, se plasma en la Norma oficial mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería, donde se declara la enfermería como disciplina y la obligatoriedad, aporta procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida; el propósito de la Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, para la Práctica de Cirugía Mayor Ambulatoria: es el de especificar con claridad los requisitos que deben cubrir los profesionales que realizan dichas intervenciones y algunas características administrativas y de funcionamiento con las que deben contar las áreas de los establecimientos donde se realicen las mismas, en cuanto a la seguridad al usuario en los casos que la cirugía mayor ambulatoria se complique y rebase la capacidad resolutive del establecimiento, el médico responsable sanitario del mismo, debe documentar convenios establecidos con establecimientos de atención médica de mayor capacidad resolutive y con medios para el traslado de enfermos, en los que se especifiquen compromisos y responsabilidades médicas, con el fin de contar con los recursos necesarios para la transferencia a un establecimiento que asegure la continuidad de una atención médica adecuada. ha demostrado la importancia del papel que desempeña; Los servicios médicos deben ser de alta calidad en todos los establecimientos, independientemente del subsector de salud al que pertenezcan, ya sea público, social o privado, señalada en la Norma Oficial Mexicana Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención Médica

Especializada, en esta norma se definen las diferentes unidades, áreas y espacios que lo integran, de acuerdo con lo que se describa en las actividades médicas del establecimiento; la importancia y trascendencia de los procedimientos anestésicos ha crecido al ritmo y velocidad con que aparecen nuevos conocimientos y técnicas, que permiten al cirujano abordar prácticamente todas las estructuras del organismo humano, en un afán plausible de recuperar la salud y prolongar la vida útil la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, para la práctica de anestesiología". La responsabilidad del médico especialista en anestesiología es ahora mayor en un proceso que va desde el estudio y valoración del paciente, previo a la aplicación de la anestesia, para seleccionar el procedimiento de menor riesgo y más apropiado a cada situación, la aplicación correcta y oportuna del mismo, vigilando permanentemente las condiciones trans-operatorias del paciente hasta la recuperación post-anestésica, que implica la eliminación del estado provocado y la estabilidad completa de sus funciones, esta conjunción de procesos normativo, se involucran, la protección de residuos biológicos peligrosos, establecidos en Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, vinculado Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, donde es necesaria la regulación de los servicios de salud : la siguiente norma que se describe es para su funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica, Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002; por lo consiguiente es obligatoriedad de cumplir la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, en este contexto se traducen en que, al paciente, en el perioperatorio tiene el derecho de un cuidado fundamental en tres aspectos: conocimiento, prevención y corrección; contando con ello directrices nacionales como la Guía de Práctica Clínica en el quirófanos: del consejo de salubridad de la Secretaría de Salud en México, elaborada con profesionales de instituciones de salud, en el cumplimiento de la Ley General de Salud de los artículos 28 y 29:50 del reglamento interior de la Comisión Interinstitucional, del Cuadro Básico y Catalogo de Insumos del Sector en el marco del método de validación y adecuación:

- 1) Prevención de la infección de la herida quirúrgica,
- 2) Uso de profilaxis antibiótica,

- 3) Prevención de eventos cardiovasculares,
- 4) prevención de tromboembolismo venoso,
- 5) Prevención de problemas derivados de la transfusión sanguínea,
- 6) Mantenimiento de la normotermia,
- 7) Aspectos derivados de la anestesia,
- 8) intervenciones generales para la seguridad del paciente.

2.1.4. Protocolo Universal Perioperatorio en el paciente quirúrgico (Sistema Nacional de certificación de establecimientos de atención Médica 2017)

La Visión hospitalaria es otorgar un cuidado de enfermería de calidad, ante un paciente candidato a cirugía, por lo que la selección del personal de enfermería, para este cuidado, requiere de personal experto, por ser una intervención de enfermería que al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución.

En el trabajo de investigación se presentó la analogía de enfermería en el área quirúrgica en la gestión y docencia de enfermería, de acuerdo a la posición teórica de Patricia Benner: propone, la vivencia de la práctica clínica en la atención de la paciente por la enfermera experta, donde debe relacionar, el conocimiento científico de lo aprendido y la destreza que debe tener para ejecutar la acción, partiendo del saber “ser”, en sus funciones autónomas, ágiles, responsable, eficaces, eficientes que caracterizan a la enfermera experta para una atención de calidad desde el ingreso de la paciente, siguiendo en el área quirúrgica el protocolo universal:

- 2.1.4.1. Marcado del sitio anatómico.
- 2.1.4.2. Proceso de verificación pre-procedimiento
- 2.1.4.3. Tiempo fuera o “time-out”,
- 2.1.4.4. El acto quirúrgico.
- 2.1.4.5. El equipo quirúrgico.
- 2.1.4.6. Sistema del trabajo en la organización quirúrgica.

2.1.4.7. La enfermera instrumentista.

2.1.4.8. La enfermera circulante.

2.1.4.9. Asistencia al paciente anestesiado y cuidados de colaboración.

2.1.4.10. Enfermería en el posoperatorio.

Este protocolo, debe realizarse en todos los procedimientos quirúrgicos que se realicen en la sala de operaciones y en los que se realicen fuera de ella, así como en los procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo que la organización determine.

2.1. 4.1. Marcado del sitio anatómico: la esencia de la participación del paciente y/o tutor informado, preparándolo para una intervención quirúrgica es comunicarle donde será, el sitio que se intervendrá, permitiéndole primero, conocer que cuidados se requiere para su pre, y pos- operatorio en cuanto a la higiene, segundo la prevención de su posterior autocuidado, tercero la información previa como ser humano, que busca la alternativa ante profesionales de poder continuar en el proceso social en las funciones que desarrolla, en este marco se le permite participar durante el proceso de marcado del sitio anatómico, y se lleva a cabo colocando una marca o señal estandarizada e inequívoca definida por la organización, sobre la piel del paciente, que permanezca después de la realización de la asepsia y antisepsia.

Las acciones de Seguridad de atención del paciente (AESP), afirma que (2017), las Metas Internacionales de Seguridad en el paciente (MISP-4 2017) refiere que la marca debe ser la misma en toda la organización, debe ser efectuada por alguna de las personas que formará parte del equipo multidisciplinario durante el procedimiento, debe hacerse de preferencia y de ser posible, estando el paciente despierto y consciente, y debe estar visible una vez que el paciente esté preparado y cubierto.

2.1. 4.2. Proceso de Verificación pre- procedimiento (MISP-4 2017): Los cuidados de Enfermería que corresponde, este proceso afirma que (2017) deben de observarse y aplicarse los indicadores siguientes: a) El paciente correcto (acorde a los datos de identificación de la MISP.1 2017). b) El procedimiento correcto. c) La disponibilidad de todos los documentos, imágenes y estudios relevantes, y que estén debidamente identificados. d) La presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o

implantes especiales necesarios. e) Marcado del sitio anatómico, si corresponde; en este sentido el proceso de aprendizaje en la enseñanza al estudiante, se señala la responsabilidad de enfermería en un 100% de la gestión administrativa y una comunicación con el médico especialista y el equipo que participó pluridisciplinario (trabajo social, laboratorio, rayos X, banco de sangre, camilleros entre otros) en el pre, y participara en el Transoperatorio (Médico especialista, anestesiólogos, residentes 1-2.3, enfermera circulante, internos de pregrado, camilleros entre otros).

2.1.4.3. Tiempo fuera (MISP-4 2017): Verificar de manera precisa toda la revisión previa que anteriormente fue expresada, en el momento inmediatamente previo al inicio del procedimiento, permite resolver cualquier duda o confusión y debe realizarse siempre, independientemente si es una situación de urgencia; para su ejecución se confirma en el proceso peri operatorio desde preguntarle al paciente de si conoce su operación y si le fue marcado donde se intervendrá (si aplica) , para ello todo el equipo que participa en el peri operatorio, está obligado a conocer y saber el tipo de cirugía en el que participara, mediante una lista de chequeo propuesta en MISP-4, con agregados necesarios si la organización de salud lo considera pertinente, por ello es legible la realización del “Tiempo Fuera”, con el propósito de llevar a cabo el procedimiento/tratamiento correcto, con el paciente correcto y en el sitio correcto o cualquier otra variable que ponga en riesgo la seguridad del paciente debe realizarse justo antes de iniciar, al menos, los siguientes procedimientos:

- a) Transfusión de sangre y hemocomponentes (tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: paciente, procedimiento, acceso vascular, Grupo y Rh, y hemocomponente correcto.
- b) Radioterapia (tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: paciente, procedimiento, sitio y dosis correcta).
- c) Terapia de remplazo renal con hemodiálisis (tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: procedimiento, paciente, prescripción dialítica, filtro correcto, evaluación del sangrado activo y valoración del acceso vascular).

d) Procedimientos quirúrgicos: a) Toma de biopsias, b) Colocación/Retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, catéteres, dispositivos intrauterinos, catéteres para hemodiálisis, entre otros).

e) Estudios de gabinete que requieren medios de contraste. i) Terapia Electroconvulsiva (TEC) Colocación de accesos vasculares.

2.1.4.4. El acto quirúrgico.

El equipo quirúrgico es el responsable de la atención al paciente. El equipo quirúrgico está formado por diferentes profesionales de distintas áreas de conocimiento que trabajan de forma inter y multidisciplinar para conseguir un objetivo común. Tal y como afirmaron Berry y Kohn, “La meta común del equipo quirúrgico es la eficiencia y eficacia en la atención al enfermo individual para aliviar su sufrimiento, restablecer su estructura y funciones corporales y lograr un resultado postoperatorio favorable, contribuyendo a la salud óptima del paciente y su regreso a la sociedad o la muerte con dignidad”. Es decir, proporcionar al enfermo unos cuidados eficaces de manera oportuna, eficiente y segura, el personal de enfermería, hoy día se considera imprescindible en todo el periodo peri operatorio, esto contribuye a que el proceso quirúrgico sea para el paciente más confortable y llevadero, además de favorecer y agilizar la gestión quirúrgica y el desarrollo técnico de las cirugías.

La labor fundamental de enfermería es la de cuidar al paciente durante el periodo peri operatorio y no sólo centrarnos en la sala de operaciones en el momento de la intervención quirúrgica ya que empieza antes, en los servicios de hospitalización y/o admisión hospitalaria, y termina más allá de aquel, de nuevo dispensando cuidados en la unidad de hospitalización quirúrgica; en cualquier ámbito no debemos olvidarnos que quién entra en una sala de intervenciones no es un caso, no es un proceso, sino una persona, con nombre y derechos, que va a sufrir una experiencia para ella desconocida, fuera de su entorno, a merced de personas extrañas de las que en buena parte depende su vida. Esta nueva realidad puede ser percibida como una amenaza y puede originar en ella un sentimiento de ansiedad debiendo ser atendida con profesionalidad.

El rol de enfermería quirúrgica difiere según actúe de instrumentista, circulante, cada una de ellas asume una función principal durante la cirugía, la enfermera circulante, se encarga de la preparación y coordinación de todo el acto quirúrgico. La enfermera instrumentista, colabora directamente, con la cirugía, manteniendo la asepsia y esterilidad de materiales e instrumentos, así como conservando la integridad y seguridad del campo quirúrgico. Existen otras áreas de actividad, como la relacionada con la anestesia, que, dependiendo del número de enfermeras por quirófano, puede estar asumida por el enfermero/a circulante o por un tercero denominado de anestesia.

El quirófanos es considerado como un ambiente, eminentemente técnico para enfermería, ya que debido al propio acto rutinario, enfermería no cuenta con el tiempo en la proporcionar un cuidado , sin embargo, al recurrir a las teorías analizadas y expuestas en capítulo anterior, se precisa que para llevar a cabo la instrumentación quirúrgica requiere de tres procesos fundamentales , el primero es el preoperatorio, trans-operatorio y posoperatorio señalado en MIPS4, donde se precisan que este cuidado requiere de conocimientos, actitudes y habilidades técnicas pero además estar capacitado para desarrollar un juicio crítico y habilidades intelectuales para que la relación enfermera-paciente esté sustentada en el cuidado humano, proporcionando cuidados integrales independientemente de la patología del paciente.

2.1.4.5. El equipo quirúrgico

Un microsistema de la organización del equipo quirúrgico se subdivide, según las funciones de sus miembros, en:

1) Equipo estéril: Es aquel que tiene acceso al campo estéril, está formado por diferentes profesionales de distintas áreas, cumpliendo cada uno de ellos unas funciones bien diferenciadas, todos los miembros que forman el equipo estéril realizan el lavado quirúrgico de manos y antebrazos, se ponen batas y guantes estériles y entran en el campo quirúrgico. Los miembros que conforman el equipo estéril son los siguientes: a) Cirujano: Es el responsable del acto quirúrgico. b) Ayudantes del cirujano. c) Enfermera instrumentista, mantiene la seguridad, integridad y eficacia del campo estéril durante el procedimiento quirúrgico, los conocimientos y experiencia con las técnicas asépticas y estériles capacitan al enfermero/a instrumentista para manejar los

instrumentos y suministros y ayudar al cirujano y sus ayudantes proporcionándoles los instrumentos y suministros requeridos.

2) Equipo no estéril. Es aquel que no tiene acceso al campo estéril, asume la responsabilidad de mantener una técnica estéril durante la intervención quirúrgica, pero maneja materiales y equipos que no se consideran estériles. Los miembros que conforman el equipo no estéril son los siguientes: a) Anestesista. b) Enfermera Circulante, controla y coordina todas las actividades dentro del quirófano y vigila los cuidados requeridos por cada paciente; c) Enfermera de anestesia, participa en el apoyo del acto quirúrgico (si aplica de manera institucional), participa en la realización de técnicas de anestesia, cuidados respiratorios y resucitación cardiopulmonar.

2.1.4.6. Sistema del trabajo en la organización quirúrgica

a) La fase preoperatoria comienza cuando el médico toma la decisión de realizar la intervención quirúrgica y finaliza cuando el paciente entra en el área de quirófanos, en enfermería aplica checklist (lista de chequeo del paciente quirúrgico MISP4), para asegurar las condiciones del paciente

b) Visita preoperatoria: Esta actividad la realiza la enfermera circulante/instrumentista, en el servicio de cirugía y/ o sala de recuperación (espera quirúrgica). Entendemos por visita preoperatoria el proceso de personalización de cuidados entre la enfermería de quirófano y el paciente, previo a una intervención quirúrgica programada, mediante una entrevista personalizada, para la valoración del paciente apoyados con las etiquetas problemas para establecer el diagnóstico de enfermería de acuerdo a las tipologías de los patrones funcionales detectados de Marjory Gordon (1992) con los objetivos de proporcionar información, conocimientos en autocuidados, asesoramiento y disminuir la ansiedad y el temor.

c) Fase intra-operatoria, comienza cuando el paciente, se recibe en el área de quirófanos y finaliza cuando es trasladado y admitido en el servicio, de recuperación post- anestésica. En esta fase, la profesional enfermería, ha de realizar sus funciones dentro del plan quirúrgico con habilidad, seguridad, eficiencia y eficacia MISP4.

2.1.4.6.1. Intervención del acto quirúrgico en tres tiempos:

Primer tiempo: Antes de la intervención quirúrgica: preparación del quirófano: la enfermera circulante, instrumentista y de anestesia(si aplica), deben realizar una serie de operaciones requeridas técnicas, encaminados a asegurar el correcto desarrollo de la actividad quirúrgica, estas actividades, consisten en la comprobación del equipo accesorio, disposición de mesas, reposición de medicamentos y material fungible y no fungible, y por último, la preparación específica para la intervención con las cajas de instrumental adecuadas, equipo textil etc.

Segundo tiempo: admisión y recepción del paciente en el área de quirófanos. Comprobación de datos: La recepción del paciente a su llegada al área quirúrgica, enfermería protocoliza el cuidado, siguiendo MIPS4, la primera fase del Checklist (lista de verificación quirúrgica). (OMS 2007).

Tercer tiempo: transferencia del paciente a la mesa de operaciones: enfermera circulante y/o instrumentista (si aplica) y/o camillero, llevándose a cabo de forma adecuada para transferir con seguridad al paciente, procurando que esté cómodo y seguro y evitando lesiones tanto para él como para el personal de salud implicado

Cuarto tiempo (organizacional si aplica): monitorización y anestesia: enfermería de anestesia. Una vez que ya se ha realizado la transferencia del paciente a la mesa de operaciones, se procederá a la monitorización de éste, previo a la administración de los fármacos anestésicos. Mediante la monitorización se pueden observar de manera continua muchos aspectos de las funciones respiratoria, cardiovascular y del sistema nervioso. La monitorización incluye la medición y valoración de los siguientes parámetros: tensión arterial, electrocardiografía y oximetría.

2.1.4.7. La enfermera instrumentista:

Es un miembro de personal de enfermería del equipo estéril, por lo tanto, realizará el lavado quirúrgico de manos y antebrazos y se colocará la bata y los guantes estériles. Es el responsable de mantener la integridad, seguridad, y eficacia del campo estéril durante el procedimiento quirúrgico. Ayudará al cirujano a lo largo de la operación quirúrgica proporcionándole los instrumentos y suministros estériles

Normas de instrumentación:

- Hay que pasar los instrumentos con decisión y dejarlos firmemente en la palma de la mano del cirujano.
- Los bisturíes se entregan con el filo hacia abajo y la punta hacia la instrumentista.
- Las ligaduras para rodear estructuras se darán mojadas, al igual que las gasas o compresas que se coloquen sobre cualquier estructura (para evitar pérdida de calor). Igualmente se mantendrá húmedo cualquier tejido que vaya a estar expuesto al ambiente.
- Las agujas se montarán por su tercio distal en la porta agujas, más hacia el borde cuanto más finas.
- El porta-agujas se entregarán de forma que el hilo de sutura quede separado del mismo y que el cirujano no lo coja con la mano.
- Cuando la sutura es continua, el extremo distal del hilo se entrega al ayudante para que no quede fuera del campo operatorio.
- Nunca deben sobrepasar, los extremos de los hilos, el plano superior de la mesa de instrumental, ni colgar por los lados del paciente, ni rozar la bata estéril.
- Cuando se ha utilizado instrumental y material de sutura en cavidades internas sépticas (intestino...), se utilizará un nuevo material de sutura para cerrar la herida, y se desecharán los instrumentos y hojas de bisturí utilizados en dichas estructuras. Se cambiarán también los guantes quirúrgicos.
- Es importante comprobar que todas las piezas que tienen varios componentes están completas.
- No son adecuados los tiempos largos de espera, desde la preparación de la mesa.
- Una vez terminada la intervención, se retiran batas y guantes, antes de salir del quirófano. Nadie debe salir con la bata y guantes usados, fuera del quirófano.

2.1.4.8. La enfermera circulante

Se asegura de que el equipo estéril disponga de cada uno de los artículos necesarios para desempeñar la intervención quirúrgica. Es el nexo entre el equipo estéril y el resto del equipo y de otros servicios. Sus actividades son valorar, planificar, implementar y

evaluar el plan de cuidados; crear un ambiente seguro guardando los principios de asepsia y técnica estéril; asegura, la provisión de materiales al equipo estéril para que pueda realizar eficazmente el procedimiento quirúrgico, mantiene la comunicación con otros profesionales y servir de enlace entre el equipo estéril y el que se encuentra fuera del quirófano y que está implicado en el resultado de la intervención quirúrgica; es definitiva la enfermera que ha de estar disponible en todo momento para responder a las necesidades, requerimientos o emergencias que puedan producirse.

2.1.4.9. Asistencia al paciente anestesiado y cuidados de colaboración: enfermería, de anestesia: Para mantener un buen nivel de anestesia quirúrgica, anestesista y enfermera de anestesia se coordinan, durante el mantenimiento de la anestesia la enfermera anestesista(si aplica), es el encargado de controlar las constantes vitales del paciente, protegerle del riesgo de hipotermia, controlar y administrar soluciones y hemoderivados, administrar medicación según prescripción y registrar en la hoja de anestesia (medicación, dosis empleada, control respiratorio, vascular e hídrico).

2.1.4.10. Después de la intervención: Una vez realizada la intervención, es el momento de la recuperación de las funciones vitales. En este periodo, el anestesista solicita, la ayuda de la enfermería de anestesia para colaborar en la ventilación manual, mantener la permeabilidad de la vía aérea, etc. Cuando el paciente despierta, es el anestesista quién indique el momento de pasarlo a la camilla. La transferencia se realiza de forma segura y cómoda, controlando en todo momento la vía aérea, las soluciones parenterales, las sondas, los drenajes.

2.1.4.10.1. Enfermería en el pos-operatorio:

- ✓ Postoperatorio inmediato En este período se lleva a cabo la recuperación inicial del estrés de la anestesia y la cirugía. Tiene lugar en la Unidad de Recuperación Post-anestésica.
- ✓ Visita postoperatoria Se lleva a cabo en la Unidad de Recuperación Post-anestésica. Debe de ser realizada por enfermería que realizó la entrevista perioperatoria e implementó el plan de cuidados intraoperatorio para evaluar los resultados de los cuidados administrados.

Capítulo 3 Metodología de la investigación.

3.1. Método de investigación: (Hernández S.R., Mendoza C.2018).

3.1.1. Descriptiva, observacional, transversal, probabilística, y cuantitativa.

Descriptiva: Se intervinieron describiendo, dos variables:

A) Variable dependiente: aplicación de la normativa institucional

B) Variable independiente: LVCS.

- Descriptiva: Se midieron los hechos como son observados, sustentado en la bibliografía consultada sobre 3 objeto de estudio importantes en la variable independiente que son: Enfermería- entorno y paciente; y en la dependiente es el cumplimiento de la normativa institucional del personal de enfermería, como el fenómeno a investigar en la LVCS.

A) Variable dependiente: se especificó el cumplimiento de la normativa institucional de la enfermería en el perioperatorio de un paciente quirúrgico.

B) Variable Independiente: Lista de verificación de cirugía segura (LVCS), en pacientes quirúrgicos ; de ahí que se describieron, las acciones de intervención en competencias de enfermería, en primer lugar el perfil laboral, y formativa, en segundo lugar la medición de competencias por dimensiones, siguiendo las 8 acciones, esenciales para la seguridad del paciente, centrándose en el paciente quirúrgicos , y las competencias de aplicación de la normativa institucional en la LVCS del personal de enfermería, del área quirúrgica, vinculando con el entorno, equipo y material

- Transversal: Se recolectaron datos en un solo momento y un tiempo del 1º de septiembre – al 16 de octubre 2019, para describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado:

A) La variable dependiente cumplimiento de la normativa institucional de un paciente quirúrgico, se describe el perfil laboral y el perfil formativa de la enfermera en el servicio de quirófano, del Hospital General “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaria de Salud, Zihuatanejo Guerrero, en las intervenciones quirúrgicas.

B) La variable Independiente, para la lista de verificación de cirugía segura, se interrelacionan con las 8 acciones esenciales, para la seguridad de paciente (2018), fue aplicada las competencias de la enfermera experta, de acuerdo al marco legal: NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, b) NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. c) Norma Oficial Mexicana Nom-205-Ssa1-2002, para la Práctica de la Cirugía Mayor Ambulatoria, d) Norma Oficial Mexicana Nom170SSA11998, "Para la Práctica de Anestesiología e) Norma Oficial Mexicana Nom-040-SSA2-2004, en Materia de Información en Salud, f) NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico. g) Guía de práctica clínica en acciones preventivas para la seguridad del paciente en el paciente quirúrgico (2013): 1) Prevención de la infección de la herida quirúrgica, 2) Uso de profilaxis antibiótica, 3) Prevención de eventos cardiovasculares, 4) prevención de tromboembolismo venoso, 5) Prevención de problemas derivados de la transfusión sanguínea, 6) Mantenimiento de la normotermia, 7) Aspectos derivados de la anestesia, 8) intervenciones generales para la seguridad del paciente.

- Observacional: Se utilizó un cuestionario, como instrumento, para el registro de las variables del fenómeno a investigar sobre la variable dependiente del cumplimiento de la normativa institucional, las variables independientes del entorno interno perioperatorio y el paciente, con previo consentimiento informado (anexo 2), en las competencias de aplicación de la LVCS, presentes de enfermería, por lista de cotejo realizada por rubricas abarcando el aspecto socio formativo laboral y 5 dimensiones sistémicas e instrumentales

- 1) Valoración Perioperatoria, de la acción de seguridad en el programa de procedimientos seguros: Antes de la Inducción de la anestesia (OMS2008); medido en primera competencia: Identificación del paciente (I) y comunicación efectiva (CE).
- 2) Asepsia en la intervención Quirúrgica del programa de procedimientos seguros (OMS 2008); fue medido por la competencia No. 4 y No 3 de las acciones de seguridad del paciente de acuerdo a la LVCS.
- 3) Paciente correcto, Sitio correcto, cirugía correcta (pausa quirúrgica); medido por la competencia: Comunicación efectiva No, 2: comunicará eficazmente e intercambiará

información sobre el paciente fundamental para que la operación se desarrolle de forma segura.

4) La enfermera instrumentista aplica una revisión continua del proceso quirúrgico en el trans-operatorio. Competencia 4: Procedimiento de cirugía segura en el trans-operatorio.

5) Valoración del paciente al final de la cirugía por el cirujano, anestesiólogo y enfermería.

- Probabilística: Se describe la manipulación de variables:
 - A) Variable dependiente: Número de veces que la enfermera en el perioperatorio del paciente para cirugía, cumplió la normativa institucional de la LVCS, en los turnos matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada.
 - B) Variable Independiente: se tomó una muestra sistémica, de enfermeras que intervinieron como enfermera: en pre-operatorio, instrumentista, circulante, donde se registró, la medición cuantitativa, se estandarizó en preguntas politómicas en el aspecto del perfil socio formativo, laboral, y dicotómicas en el proceso quirúrgico.
 - Cuantitativa: Se determinó el tamaño de la muestra del personal de enfermería que participante en el proceso perioperatorio como: enfermera: en pre-operatorio, instrumentista, y circulante; se formularon preguntas para la seguridad del paciente en el paciente quirúrgico (2013). detallándose en cuestionario de rubricas (anexo2), donde por observación del investigador evaluó los factores positivos o negativos del cumplimiento del LVCS, mediante rubricas que fueron, cuantificadas por lista de cotejo, durante el proceso de la competencia.

3.1.2. Tiempos de ocurrencia y hechos de registro:

- a) Tiempos: Se realizó durante el período: septiembre 2019 – 16 octubre 2019.
- b) Hechos: Se aplicó la LVCS por el personal de enfermería en las intervenciones quirúrgicas, en de los turnos matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada.
- c) Registros: Expediente clínico los cuidados de enfermería en las Etiquetas problemas de NANDA, NOC, NIC de enfermería: a) Riesgo de lesión perioperatoria. b) Riesgo de perfusión tisular inefectiva (Cardiopulmonar, renal, cerebral, gastrointestinal, periférica).c) Riesgo de lesión. d)Patrón respiratorio ineficaz. e) Riesgo de aspiración. f) Deterioro de la integridad tisular. g) Deterioro de la mucosa oral

3.1.3 Periodo y secuencia del estudio

- a) En Agosto del año 2018, Se inició el protocolo de estudio de investigación con búsqueda bibliográfica para concordar y discordar el nombre, que se interesa en el estudio.
- b) En septiembre 2018 fue aprobado la propuesta, por el interés de conocer y verificar si se está realizando la aplicación la LVCS, por el personal de enfermería, en el área perioperatoria.
- c) De octubre a noviembre 2018 se realizó el instrumento, se valida con prueba piloto en la Unidad Municipal Medico Quirúrgica Hogar Moderno de Acapulco Gro.
- d) En diciembre 2018 a enero 2019 se realizó que oportunidades fueron, encontradas en la prueba piloto, asesorados por la coordinación de la Especialidad de Enfermería Medico Quirúrgica en Enfermería.
- e) febrero a mayo 2019: se relaciona la teoría de Patricia Benner aplicada en visión de experto a la LVCS vinculando las 8 acciones esenciales en la seguridad del paciente.
- f) junio y julio 2019 se realizó nuevamente una revisión de literatura sobre la alianza mundial para la seguridad del paciente quirúrgico.
- g) Por oficio enviado por la Coordinación General de Posgrado de Especialidad de Enfermería, con fecha 28 de agosto 2019 dirigido a la Dirección del Hospital General “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaria de Salud, Zihuatanejo Guerrero con atención a la Jefatura de enseñanza y copia al departamento de Jefatura de Enfermería, para solicitar autorización para realizar el estudio de investigación.
- h) El 2 de septiembre al 16 de octubre se realizó el trabajo de campo en el Hospital General “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaria de Salud, Zihuatanejo Guerrero, en el servicio de quirófanos, con previo consentimiento informado para el personal de enfermería y paciente quirúrgico (anexo 2 y anexo 2 bis), explicando que se les estará observando, la intervención peri- operatoria quirúrgica con la LVCS.
- i) 16 de octubre al 10 de noviembre se realizaron el procedimiento de concentración de datos.

j) 14 de noviembre 2019 se presentó el trabajo de investigación, en Foro académico, a fin de alimentar, a través de expertos los bemoles encontrados.

k) De los resultados obtenidos, se elaboró propuesta de programa guía, para capacitar en las debilidades encontradas en la LVCS, en el talento humanos de enfermería del área quirúrgica del HGR No. 1 IMSS.

Cuadro 1: Matriz de análisis de variables

Aplicación de la normativa institucional en la lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería del área quirúrgica en el Hospital General “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaria de Salud, Zihuatanejo Guerrero

Dependiente: LVCS.

Independiente: Cumplimiento de la normativa institucional.

Independientes: Competencias de enfermería en el apego de la LVCS.			
Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición
Competencia (Checchia B 2010)citado por Montesinos MR (2013)	Competencias Genéricas: Incluye los conocimientos teóricos que siempre han sido la base de la evaluación y calificación, incluye: A) Competencias personales: Son aquellas que facilitan una adecuada interrelación con los demás, a través de un manejo adecuado de las ideas y sentimientos propios y de la aceptación de las de los otros, a fin de alcanzar un fin común. Por ejemplo: capacidad para trabajar en equipo, trabajo interdisciplinar, colaboración e interacción eficaz, etc. B) Competencias sistémicas: Son aquellas que permiten alcanzar la comprensión de la totalidad de un sistema, y posibilitar la introducción de cambios para su adecuación a los cambios del	Competencias específicas: tipología en enfermería de tres tipos: 1. Competencias Disciplinares(personales): Incluye los conocimientos teóricos que siempre han sido la base de la evaluación y calificación. 2. Competencias instrumentales (sistémicas): Incluye las habilidades que permiten llevar a la práctica los conocimientos teóricos, y que son necesarios para el ejercicio laboral. 3. Competencias profesionales (personales): Son aquellas que incluyen habilidades de comunicación e indagación, y el saber realizar integralmente la práctica profesional.	Perfil laboral preguntas Politómicas: de la a, b, c. Perfil disciplinar formativo, pregunta politómica de la a...c: Edad pregunta politómica por cohorte generacional: 20-29,30-39, 40-49, 50-59, 60 + Genero pregunta dicotómica: masculino, femenino.

	entorno. Presupone la adquisición previa de competencias instrumentales e interpersonales. Por ejemplo: aprendizaje autónomo, adaptación al cambio, creatividad, liderazgo, espíritu emprendedor, etc. C)Competencias instrumentales: Son aquellas que son un medio para un determinado fin. Incluyen una combinación de habilidades y un correcto desempeño. Por ejemplo: mesas quirúrgicas, los tiempos de la intervención enfermería en el acto quirúrgico, resolución de problemas y toma de decisiones como enfermera la planeación, comunicación oral y escrita (expediente clínico, guía de del paciente quirúrgico), el lavado quirúrgico, de manos, el arreglo de capacidades cognitivas que permiten circulante e instrumentista toma de decisiones.		
LVCS Competencia: Identificación del paciente (I) Comunicación efectiva(CE)	Lista de verificación de cirugía segura, es una herramienta sencilla y práctica, para garantizar de forma eficiente y rápida la observancia de medidas preoperatorias, intraoperatorias y posoperatorias que aportan al	Entrada a la sala de pre- anestesia pre quirúrgica: ▪ El paciente ha confirmado: Su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento, su consentimiento. ▪ Marcación del sitio quirúrgico /si procede. ▪ Control de seguridad en la anestesia	Preguntas dicotómicas: de “sí” y “no”. Identifica al paciente ▪ Revisa el expediente clínico ▪ Revisa y aplica la GPC (medico / enfermería). ▪ Confirma hoja de consentimiento informado.

	paciente beneficios demostrados. (OMS para la seguridad de la cirugía, 1ª edición 2008)	▪ Oxímetro funcionando Valoración: a) Tiene el paciente alergias conocidas, b) tiene el paciente vía área difícil, para prevenir riesgo de aspiración). c) Tiene el paciente riesgo de hemorragia >500 ml.(adulto), d) Acceso venoso periférico funcionando, e) Líquidos y electrolitos completos. Previsión de equipo: a) Recurso humano, equipo e instrumental completo. Pausa Quirúrgica:	▪ Analiza la valoración anestésica. ▪ Confirma y realiza los DX. de enfermería. ▪ Confirma preparación quirúrgica (si aplica) ▪ Confirma laboratorios ▪ Confirma acceso venoso ▪ Confirma ropa adecuada.
LVCS Competencia No. 3 y No 4 de las acciones de seguridad del paciente de acuerdo a la lista de verificación	Asepsia en la intervención Quirúrgica del programa de procedimientos seguros (OMS 2008).	En este proceso se verifica, si las competencias, profesionales de enfermería que Patricia Benner declara” La enfermera(o) debe crear un ambiente de organización, con la finalidad de ejercer una práctica clínica en plenitud y con éxito, ejecutando su función de líder” (Carrillo A et all 2013)	Preguntas dicotómicas: de “sí” y “no”. ▪ Aplica la NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012. ▪ Realiza el lavado quirúrgico de manos se realiza en tres tiempos ▪ Arreglo de mesas quirúrgicas. ▪ Asepsia de sitio quirúrgico ▪ Aplica la GPC Intervenciones preventivas para la seguridad del paciente de la Secretaria de Salud en México. ▪ Comprueba equipo funcionando: Carro de anestesia, aspirador, monitores.
Competencia: Pausa Quirúrgica	En la competencia de pausa quirúrgica se centra en el énfasis del éxito del acto quirúrgico, si se prevé lo necesario para realizar la cirugía de manera segura.	Paciente correcto Sitio anatómico correcto Anestesia correcta Valoración de vía aérea. Líquidos y electrolitos correctos Fármacos correctos. Equipo e instrumental correcto Prevención de riesgo de herida quirúrgica Cuenta de textiles correctos Muestras patológicas correctas	Preguntas dicotómicas: de “sí” y “no”. Entrada del paciente al quirófanos: a) Paciente confirmado, expediente clínico revisado y nota de registro de enfermería con Diagnóstico de enfermería presentes , b) Identidad se confirma con el paciente el nombre, c) Sitio quirúrgico con marcaje quirúrgico, b) Consentimiento informado

			medico/quirúrgico y anestesia, d) Profilaxis antibiótica. b) Entrada del paciente al quirófano: La enfermera circulante, solicita al Médico especialista que se presenten por su nombre y función que desarrollan en el proceso quirúrgico c) El Médico Especialista confirma, la identidad del paciente, tipo de cirugía, posibles riesgos del procedimiento, y se cerciora de la aplicación de medicamentos ordenados para la profilaxis antibiótica La enfermera instrumentista y circulante realizan el procedimiento seguro en: -Arreglo de mesas quirúrgicas. -Esterilización de material -Equipo correcto y funcionando -Asepsia del paciente -Cuidado del ambiente del entorno. -Vigilancia de líquido y electrolitos. -Cuenta de textiles -Medicamentos correctos
Competencia: Procedimiento de Cirugía segura en el Transoperatorio	La responsabilidad de enfermería es fundamentar la teoría que guía su práctica. Esta competencia de enfermera experta es el de ser eficiente en una posición de implicación total.	Es el completo dominio de la enfermera en el quirófano, con capacidad intuitiva que genera la capacidad de identificar un problema sin perder tiempo en soluciones alternativas, así mismo, reconoce patrones y conoce a sus pacientes aceptando sus necesidades sin importar que esto le implique planificar y/o modificar el plan de cuidado.	Pregunta dicotómica “sí” y “no” Resolutiva en los tiempos y movimientos quirúrgicos. Resolutiva en cuidado del entorno quirúrgico. Resolutiva en el cuidado del paciente manteniendo normotermia y posición adecuada. Resolutiva en manejo de líquidos y electrolitos.

			Resolutiva en el monitoreo de signos vitales. Resolutiva en el estricto manejo del equipo de ropa e instrumental quirúrgico
Proceso de Enfermería Valoración	Método, utilizado por enfermería para describir la evaluación inicial y continuada, del estado de salud del paciente, a través de la recolección organizada de la información en 14 necesidades, la sistematización del trabajo de enfermería, y el cuidado humanizado del paciente.	Planea, interviene y registra: las Etiquetas problemas de, aplica el cuidado específico quirúrgico en 7 etiquetas problemas: ✓ Riesgo de lesión perioperatoria ✓ Riesgo de perfusión tisular inefectiva (Cardiopulmonar, renal, cerebral, gastrointestinal, periférica) ✓ Riesgo de lesión. ✓ Patrón respiratorio ineficaz. ✓ Riesgo de aspiración. ✓ Deterioro de la integridad tisular. ✓ Deterioro de la mucosa oral	Pregunta dicotómica “sí” y “no” Registro en el expediente clínico de los Diagnóstico de enfermería el objetivo y la intervención del cuidado.
Cirugía mayor electiva de gastroenterología	Se considera cirugía mayor las intervenciones que se realicen en el cuello, tórax, abdomen y pelvis	La cirugía electiva es una cirugía programada.	Durante el periodo de la investigación se seleccionarán las cirugías de gastroenterología caracterizadas como mayores.

Universo y muestra:

- Universo: Universo 120 de Personal de enfermería; muestra 15 enfermeras del servicio de quirófanos: Turno matutino 4, turno vespertino 4, turno nocturno guardia A: 3, guardia B: 3, jornada acumulada: 1

3.1.4. Instrumento utilizado:

El instrumento para la recolección de datos en el estudiante consta:

- a) Preguntas sobre el perfil laboral, perfil formativo, edad, sexo.
- b) El instrumento se agrupa en 5 dimensiones (anexo 3):

Primera dimensión: A) Valoración Peri operatoria, de la acción de seguridad en el programa de procedimientos seguros: Antes de la Inducción de la anestesia (OMS2008), de donde, emana las primeras dos acciones esenciales de atención en la seguridad del paciente: Identificación del paciente (I) Comunicación efectiva(CE), al iniciar el proceso de la primera y segunda, acción esencial se efectúan las competencias de valoración, demostrado con previa prueba piloto, realizada en a" UMMQ Hogar Moderno de Acapulco Gro.", se inicia la observación, por enfermera experta en calidad del cuidado es lo que realiza en 11 intervenciones cotejadas, por investigador de enfermería, experto en el área quirúrgica, evalúa: a) La identificación del paciente, expediente clínico de acuerdo al Modelo de evaluación del expediente clínico integral de expediente clínico (MECIC), basado en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. b) Si enfermería refiere, la Guía de práctica clínica en acciones preventivas para la seguridad del paciente en el paciente quirúrgico (2013) nota de enfermería viene referida a guía de práctica clínica de c) Comunicación interdisciplinar con Medico Anestesiólogo, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana Nom170SSA11998, respecto a la valoración de Clasificación ASA, clasificación de Mallampati o Patill Aldreti. d) Nota de visita de enfermera quirúrgica en el pre- operatorio: Utiliza los Patrones funcionales de Gordon, DX NANDA y los objetivos e intervenciones de enfermería en temor, Riesgo de infección, Dolor agudo, Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos, Riesgo de náuseas, e) Preparación física

y psicológica del paciente: - preoperatorio del paciente quirúrgico, -ropa apropiada del paciente quirúrgico, - normativa del uso de uniforme quirúrgico, - Valoración del entorno físico. f) Identifica el expediente clínico: a) Nota preoperatoria con 8 criterios en el paciente quirúrgico: 1) Nota elaborada por el especialista que intervendrá la paciente, 2) Fecha y hora de la cirugía, 3) Diagnostico, 4) Plan quirúrgico, 5) Tipo de intervención quirúrgica, 6) Riesgo quirúrgico, 7) Cuidados, 8) Plan terapéutico preoperatorio. g) Resultados de exámenes de laboratorios y estudios de gabinete.

Segunda dimensión: Se especifica las competencias 4 y 3, por lo que se denomina la Asepsia en la intervención quirúrgico, son preguntas dicotómicas de “sí” y “no”, donde se coteja la seguridad de la cirugía previa al evento quirúrgico, con referente a la NOM-016-SSA3-2012, NOM-019-SSA3-2013, NOM-004-SSA3-2012, NOM-026-SSA3-2012, en este marco , y la Guía de Práctica clínica de intervenciones preventivas para la seguridad del paciente quirúrgico de la Secretaria de Salud 2013, que trata de evidencias y recomendaciones propuesto por el IMSS, por ello se pregunta normativas aplicadas de la institución desde la vestimenta quirúrgica, lavado quirúrgico, arreglo de mesas quirúrgicas, asepsia quirúrgica, del personal del área quirúrgico, el respeto de división de áreas, la colocación y arreglo de mesas quirúrgicas, la posición del paciente, el funcionamiento de equipo y material, previsión de evento adverso .

Tercera dimensión: Son los correctos de los procedimientos: Paciente correcto, Sitio correcto, cirugía correcta (Pausa quirúrgica). Competencia: Comunicación efectiva No, 2 y la competencia de las acciones esenciales para la seguridad del paciente, en esta dimensión se inicia nuevamente el proceso, de las acciones esenciales de la seguridad del paciente: No 1 Identificación del paciente, No, 2 comunicación efectiva, No, 3 seguridad en el proceso de medicación, No. 4 procedimiento seguro, No 5 reducción del riesgo de infecciones asociadas, No. 6 reducción de riesgo de caídas. Las preguntas planteadas son dicotómica de “sí” y “no”, para que el investigador experto coteje la actividad con la rubricas de la intervención propuestas, se considera la columna vertebral el accionar de “pausa quirúrgica”, la enfermera Circulante (asignada por la institución IMSS), efectúa de manera verbal, el chequeo de la lista de verificación de cirugía segura propuesta por la OMS, es importante señalar que en el proceso de

rubricas se consideró, la acción esencial No. 7 de registro de eventos adversos, y la No. 8 cultura de seguridad del paciente.

Cuarta dimensión: La enfermera instrumentista aplica una revisión continua del proceso quirúrgico en el trans-operatorio. Competencia 4: Procedimiento de Cirugía segura en el trans-operatorio; preguntas dicotómicas de “sí” y “no”, la enfermera instrumentista y la enfermera circulante cumplen y aplican el respeto del área quirúrgica en el proceso de la intervención: Enfermera quirúrgica: área limpia, anticipación técnica quirúrgicas, cubre los tiempos quirúrgicos con instrumental seguro, y su intervención del manejo del sitio quirúrgico. Enfermera circulante lleva el registro hemodinámico (cuenta de líquidos y textiles), normotermia del paciente, etiqueta de muestras patológicas, registros de los dx enfermería en la nota de enfermería, y la notificación de evento adverso 1) Cuasi falla, 2) Evento adverso, 3) Evento centinela. (MIPRIN 2015) en coordinación con el equipo quirúrgico.

Quinta dimensión: Valoración del paciente al final de la cirugía por el Cirujano, Anestesiólogo y enfermería, preguntas dicotómicas mediante rubricas que el investigador coteja el cuidado de enfermería, se apoya en la NOM-016-SSA3-2012, NOM-019-SSA3-2013, NOM-004-SSA3-2012, NOM-026-SSA3-2012, la notificación de evento adverso 1) Cuasi falla, 2) Evento adverso, 3) Evento centinela. (MIPRIN 2015) en el registro de diagnóstico de enfermería: a) Riesgo de lesión perioperatoria. b) Riesgo de perfusión tisular inefectiva (Cardiopulmonar, renal, cerebral, gastrointestinal, periférica).c) Riesgo de lesión. d) Patrón respiratorio ineficaz. e) Riesgo de aspiración. f) Deterioro de la integridad tisular. g) Deterioro de la mucosa oral (si aplica).

Se señala el número de cirugías, que se intervinieron para el estudio de investigación, a fin de realizar las analogías de análisis correspondientes por turno sobre el cumplimiento de la LVCS.

Capítulo 4 Plan de Acción e Intervención

4.1. Plan de recolección de datos:

4.1.1. Para la recolección de datos se llevó a cabo por la estudiante investigadora, estudiantes del Programa Académico de Posgrado de Especialidad de Enfermería Médico Quirúrgica, en los turnos matutino, vespertino, del área quirúrgica en el Hospital General “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaria de Salud, Zihuatanejo Guerrero.

Cuadro 2: Tiempos y movimientos que se utilizaron en la recolección de datos					
	Medición de rubricas	Cuantitativa	Observacional	Descriptiva /exploratoria	Probabilística
Transversal	Primera dimensión	10 minutos	LVCS (entrada en el perioperatorio)	Coteja dispositivos y exp. clínico	Dicotómica
	Segunda dimensión	10 minutos	Seguridad del paciente	Entorno Paciente Personal	Dicotómica
	Tercera dimensión	10 minutos	Pausa quirúrgica	Entorno: equipo e instrumental. Paciente Personal	Dicotómica
	Cuarta dimensión	30 -40 minutos	Trans-operatorio	Entorno: equipo e instrumental Paciente Personal	Dicotómica
	Quinta dimensión	10 minutos	Evento adverso (si aplica)	Entorno: equipo e instrumental Paciente Personal	Dicotómica

4.1.2. Período: Del 2 de septiembre al 16 de octubre se realizó el trabajo de campo en el Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaria de Salud, Zihuatanejo Guerrero, en el servicio de quirófanos, con previo consentimiento informado, explicando que se les estará observando, la intervención perioperatoria quirúrgica con la LVCS.

4.1.3. Se realizó la solicitud de consentimiento informado para el personal de salud y paciente.

4.1.4. Fue registrada la plantilla de personal de enfermería del área quirúrgica, turno matutino, vespertino, nocturno.

4.1.5. Se efectuó el registro de cirugías donde se utilizó la LVCS.

4.2. Plan de procedimientos de datos:

4.2.1. Criterios de inclusión: Personal de enfermería que se encontraron en la plantilla de personal del área quirúrgica, que aceptaron participar en el trabajo de investigación previo consentimiento informado.

4.2.2. Criterios de Exclusión: Personal de enfermería que no aceptaron participar en el estudio de investigación.

4.2.3. Criterios de eliminación: a) Personal de enfermería que no se encontró en plantilla de personal del área quirúrgica. b) Personal de enfermería que durante el período de investigación estuvo de permiso o incapacidad.

4.2.4. Los datos del cuestionario, fueron procesados en el programa SPSS versión 23.

4.2.5. Los datos que emanen del instrumento, fueron procesados por criterio de la investigadora, agrupando las preguntas con criterios específicos del conocimiento del acuerdo a la teoría de mediano rango de Patricia Benner.

Capítulo 5 Interpretación de resultados

5.1. Plan de presentación de los datos

Para la evaluación de las dimensiones de la normativa institucional en la lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería del área quirúrgica en el Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaria de Salud, Zihuatanejo Guerrero. Para evaluar la dimensión 1, lo cual representa la valoración del cumplimiento del registro de la Identificación del paciente (CRIP) por parte del personal de enfermería del Hospital General “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo, Guerrero.

- ✓ Para evaluar la Dimensión 1 (CRIP):

$$CRIP = \frac{\sum_{j=1}^{11} X_j}{33} \times 10$$

Para esta dimensión se evaluaron 11 ítems.

- ✓ Para evaluar el criterio 2, lo cual representa la asepsia en la intervención quirúrgica (AIQ):

$$AIQ = \frac{\sum_{j=12}^{20} X_j}{27} \times 10$$

En esta dimensión se evaluaron 9 ítems.

- ✓ Para la evaluación de la dimensión 3, lo cual representa la pausa quirúrgica (PaQ):

$$PaQ = \frac{\sum_{j=21}^{27} X_j}{21} \times 10$$

En esta dimensión se evaluaron 7 ítems.

- ✓ En la evaluación de la dimensión 4, lo cual es el Procedimiento de Cirugía Segura en el Transoperatorio (PCST)

$$PCST = \frac{\sum_{j=28}^{37} X_j}{30} \times 10$$

En esta dimensión se evaluaron 10 ítems.

- ✓ Para evaluar la dimensión 5, lo cual representa el cumplimiento de la valoración del paciente al final de la cirugía operatorio (CVPFCO)

$$CVPFCO = \frac{\sum_{j=38}^{41} X_j}{12} \times 10$$

En esta dimensión se evaluaron 4 ítems.

Para la evaluación total, de la variable de interés (variable dependiente), La evaluación de la aplicación de la normativa institucional en la lista de verificación de cirugía segura (ANILVCS) del personal de enfermería del área quirúrgica en el Hospital General “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez” de Zihuatanejo, Guerrero. Se realizó de la siguiente manera

$$ANILVCS = \frac{\sum_{j=1}^{41} X_j}{123} \times 10$$

Por tanto, se evaluaron 41 ítems en general.

Resultados

Validación del cuestionario

Con respecto al análisis de fiabilidad se encontró que el estadístico Alfa de Chrombach fue de 0.854, esto indica que la consistencia interna es buena, es decir, la confiabilidad del cuestionario es buena. Siendo considerandos los 41 ítems, y ni un eliminado, tal como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1: Alfa de Chrombach

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Chrombach	N de elementos
0.854	41

La tabla 2, lo cual muestra el resultado del alfa de Chrombach si se elimina el elemento, se encontró que, si se elimina “El personal de Enfermería, aplica la NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, respetando las áreas de división área negra, área gris

y área blanca” el estadístico alfa de Chrombach incrementa de 0.854 a 0.866, pero es muy poco el incremento, por lo que se mantiene los 41 ítems originalmente planteados.

Tabla 2: Alfa de Chrombach si se elimina el elemento

	Alfa de Chrombach si se elimina el elemento
1) Revisa Dispositivos de identificación: Brazaletes, expediente clínico, tarjeta de identificación en soluciones vía intravenosa, preguntando verbalmente el nombre al paciente.	0.852
2) Identifica el expediente clínico: a) Nota preoperatoria con 8 criterios en el paciente quirúrgico: 1) Nota elaborada por el especialista que intervendrá la paciente, 2) Fecha y hora de la cirugía, 3) Diagnostico, 4) Plan quirúrgico, 5) Tipo de intervención	0.847
3) Identifica la utilización de la GPC para la Seguridad del Paciente Quirúrgico Cataluña, 2010 en la Nota preoperatoria del Médico, Anestesiólogo y Enfermería.	0.853
4) Hoja de consentimiento informado para la cirugía, c) Hoja de consentimiento informado de la anestesia.	0.863
5) Evaluación anestésica: Clasificación ASA, clasificación de Mallampati o Patill Aldreti.	0.855
6) Revisa la Nota de visita de enfermera quirúrgica en el pre- operatorio: Utiliza los patrones funcionales de Gordon, DX NANDA y los objetivos e intervenciones de enfermería en temor, riesgo de infección, dolor agudo, riesgo de desequilibrio de volumen	0.855
7) Identifica y evalúa la Preparación quirúrgica y marcaje quirúrgico, confirma baño preoperatorio que se realiza como mínimo noche anterior a la intervención, revisa no esmalte en uñas.	0.842
8) Compara lo solicitado y resultados de exámenes: a) laboratorio b) pruebas de imagen, c) Preparación de riesgo en derivados de sangre (si aplica).	0.860
9) Conoce que cuando sea necesario rasurar, se recomienda preparar la piel en el quirófano 20 minutos	0.851
10) Confirma y proporciona si el paciente, cuenta con ropa apropiada que permita el fácil acceso al sitio quirúrgico, así como la colocación de dispositivos para monitoreo y accesos vasculares.	0.859
11) Valora y confirma que el uso de cuchilla se asocia con más infección de herida quirúrgica. Conoce que cuando sea necesario rasurar, se recomienda preparar la piel en el quirófano 20 minutos, antes de la cirugía limpiando con clorhexidina.	0.847
12) El personal de enfermera, aplica la normativa institucional: vestimenta de ropa quirúrgica, en cuanto al material, como cubre bocas, el gorro que cubra todo el cabello, calzado cubierto con botas. El cubre bocas lo cambia cada 4 horas, y debe de ser de grado médico.	0.857
13) El personal de Enfermería, aplica la NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, respetando las áreas de división área negra, área gris y área blanca.	0.866
14) El lavado quirúrgico de manos se realiza en tres tiempos, este no debe tener los anillos, retirar el esmalte de uñas y las uñas artificiales antes de las intervenciones quirúrgicas	0.855

15) Arreglo de mesas quirúrgicas: Mesa de Mayo:1) Corte, 2) disección, 3) separación, 4) hemostasia y sutura. Mesa Riñón: 1) Área estéril, 2) Área húmeda 3) Área de retorno o séptica.	0.851
16) Asepsia de sitio quirúrgico procedimiento de la técnica de limpieza en tres tiempos: 1) arrastre, 2) protección 3) protección segura	0.846
17) La enfermera quirúrgica aplica de manera correcta: A) Calzado de bata y guantes con técnica cerrada. B) B) Colocación de campos estériles. (GPC Intervenciones preventivas para la seguridad del paciente de la Secretaria de Salud en México, aplica la N	0.851
18) La comprobación de la seguridad del aparato de anestesia y la medicación, para prevenir los daños derivados de la administración de la anestesia, al tiempo que protegen al paciente del dolor.	0.844
19) Comprueba y se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida de la función respiratoria: a) aparatos de succión funcionando, b) oxígeno, d) monitores.	0.849
20) La circulante de enfermería, confirmar en: a) Paciente confirmado expediente clínico, b) Identidad se confirma con el paciente el nombre, c) Sitio quirúrgico con marcaje quirúrgico, b) Consentimiento informado medico/quirúrgico y anestesia.	0.848
21) Entrada del paciente al quirófano: a) Paciente confirmado, expediente clínico revisado y nota de registro de enfermería con Diagnóstico de enfermería presentes, b) Identidad se confirma con el paciente el nombre, c) Sitio quirúrgico con marcaje quirúrgico	0.843
22) Entrada del paciente al quirófano: La enfermera circulante, solicita al Médico especialista que se presenten por su nombre y función que desarrollan en el proceso quirúrgico.	0.855
23) El Médico Especialista contesta, la identidad del paciente, tipo de cirugía que se va abordar y previene los posibles riesgos del procedimiento, y se cerciora de la aplicación de medicamentos ordenados para la profilaxis antibiótica, terminando la ex	0.851
24) La enfermera instrumentista antes de la confirmación, realiza el arreglo de mesas quirúrgicas: Mesa de Mayo:1) Corte,2) disección, 3) separación, 4) hemostasia y sutura. Mesa Riñón:1) Área estéril, 2) Área húmeda 3) Área de retorno.	0.847
25) La enfermera instrumentista confirma al Médico Especialista: la cirugía programada, confirma la esterilización segura del instrumental y ropa quirúrgica a utilizar, el recuento de textiles, suturas, punzocortantes, confirma el uso del electrocauterio.	0.847
26) La enfermera circulante realiza posterior a la anestesia aplicada al paciente, lleva a cabo en proceso la asepsia de sitio quirúrgico procedimiento de la técnica de limpieza en tres tiempos: 1) arrastre, 2) protección 3) protección segura y lo regula.	0.846
27) La enfermera circulante registra en la hoja de enfermería esterilización segura del instrumental y ropa quirúrgica desechable (si procede) a utilizar, el recuento de textiles, suturas, y punzocortantes y vigila cubetas limpias de patadas antes del procedimiento.	0.848
28) La enfermera quirúrgica respeta y aplica barrera de área limpia, conservando campos limpios operatorios (cuida de no humedecer el área)	0.850
29) La enfermera instrumentista conoce la técnica quirúrgica anticipándose, los tiempos quirúrgicos con instrumental seguro, sutura y textil correctos, llevando la cuenta de instrumental y textil que entra a la cavidad del paciente.	0.845

30) La enfermera instrumentista mantiene: a) el manejo del sitio quirúrgico, b) adecuar la intervención hemostática, c) Técnicas hemostáticas	0.835
31) La enfermera circulante informa al médico especialista y anestesiólogo: la cuenta de entrada y salida hemodinámica del paciente (Gasas, compresas, aspirador)	0.857
32) La enfermera circulante vigila, y controla la normo termia del paciente	0.840
33) La enfermera circulante vigila y controla la hemoterapia del paciente.	0.854
34) La enfermera Circulante realiza la cuenta de textiles junto con la enfermera instrumentista y contestando a la pregunta de cirujano si el material está completo, si falta alguna pinza y la de textiles.	0.855
35) La enfermera circulante etiqueta muestras para estudio patológico (si procede)	0.855
36) El cirujano pregunta si se tiene algún problema en del proceso quirúrgico: Anestesiólogo, enfermera instrumentista y enfermera circulante	0.849
37) Notificación de eventos adversos es el registro de un evento adverso detectado en los sistemas de notificación establecidos en las unidades quirúrgicas: 1) Cuasi falla, 2) Evento adverso, 3) Evento centinela. (MIPRIN 2015)	0.856
38) Enfermera circulante es la responsable de a) Mantener herida quirúrgica limpia b) Mantener drenes limpios (si aplica) c) Control de signos vitales, c) Mantener líneas vasculares permeables y limpias e) Registro del proceso en la nota de enfermería	0.848
39) La enfermera circulante identifica las posibles etiquetas problemas (si aplica): a) Riesgo de lesión perioperatoria. b) Riesgo de perfusión tisular inefectiva (Cardiopulmonar, renal, cerebral, gastrointestinal, periférica).c) Riesgo de lesión. d) Patrón respiratorio.	0.848
40) La enfermera instrumentista, aplica desinfección terminal del proceso quirúrgico.	0.855
41) La enfermera circulante lleva a cabo el registro de cirugía en formato institucional.	0.855

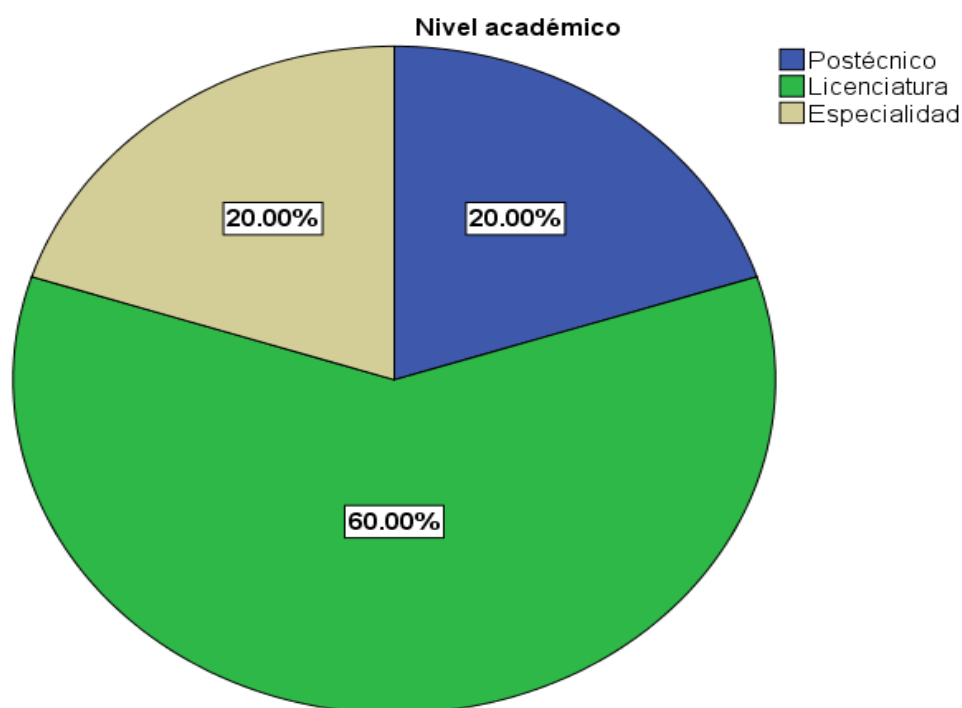
Distribución de las variables

La distribución del personal de acuerdo a su nivel académico, se encontró que el 60% del personal de enfermería perteneciente al área quirúrgico del Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez de Zihuatanejo, tenía licenciatura, el 20% era pos técnico y otro 20% contaba con especialidad, tal como se muestra en la tabla 3 y gráfica 1.

Tabla 3: Nivel académico

	Frecuencia	%
Pos técnico	3	20.00%
Licenciatura	9	60.00%
Especialidad	3	20.00%
Total	15	100.00%

Gráfica 1: Nivel académico



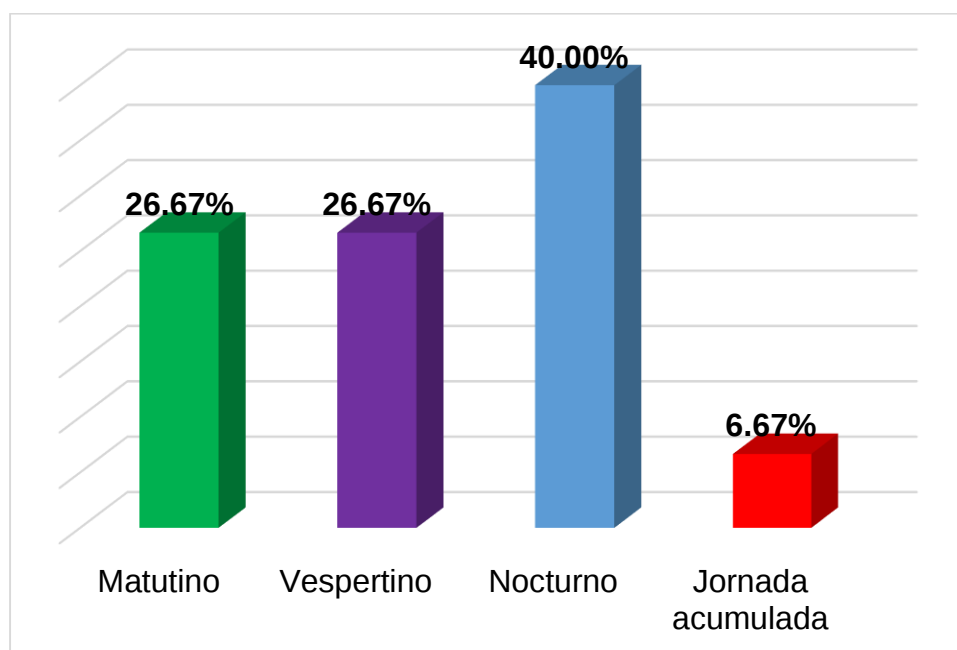
De acuerdo a la distribución por turno, se encontró que el 40% del personal enfermero perteneciente al área quirúrgico del Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez de Zihuatanejo, laboran en el turno nocturno, el 26.67% se encuentran en el turno

matutino, otro 26.67% en el turno vespertino y un 6.67% labora en jornada acumulada, así se observa en la tabla 4 y gráfica 1.

Tabla 4: Turno

	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
<i>Matutino</i>	4	26.67%
<i>Vespertino</i>	4	26.67%
<i>Nocturno</i>	6	40.00%
<i>Jornada acumulada</i>	1	6.67%
<i>Total</i>	15	100.00%

Gráfica 2: Turno



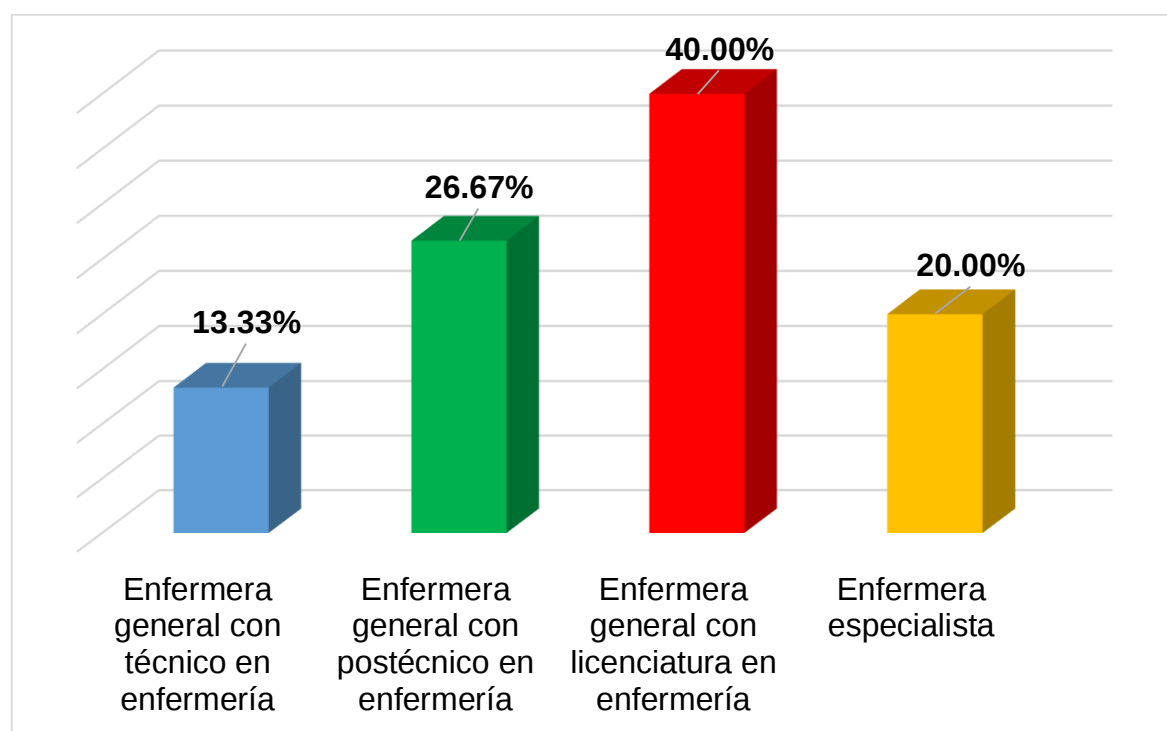
La tabla 5 y gráfica 3 muestran el resultado sobre la profesión del personal de enfermería pertenecientes al área quirúrgico del Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez de Zihuatanejo. Se encontró que el 20% fue enfermera

especialista, el 40% era enfermera general con licenciatura en enfermería, el 26.67% era enfermera general con pos técnico en enfermería y un 13.33% fue enfermera general con técnico en enfermería.

Tabla 5: Profesión

	Frecuencia	%
Enfermera general con técnico en enfermería	2	13.33%
Enfermera general con pos técnico en enfermería	4	26.67%
Enfermera general con licenciatura en enfermería	6	40.00%
Enfermera especialista	3	20.00%
Total	15	100.00%

Gráfica 3: Profesión



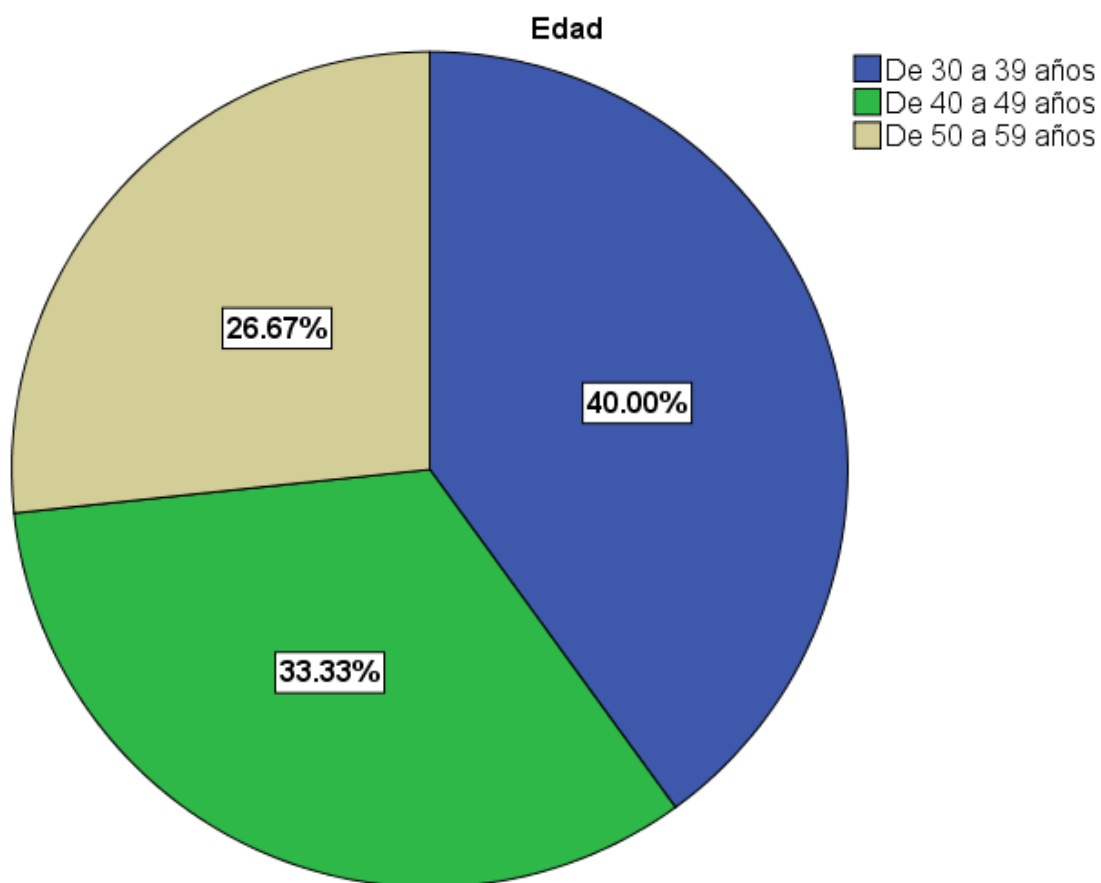
De acuerdo con la distribución de la edad del personal enfermero que labora en el área quirúrgico del Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez de Zihuatanejo, se

encontró que el 26.67% su edad oscilaba entre 50 a 59 años. El 33.33% del personal enfermero tuvo una edad entre 40 a 49 años y un 40% tuvo una edad entre 30 a 39 años, tal como se muestra en la tabla 6 y gráfica 4.

Tabla 6: Edad

	Frecuencia	%
<i>De 30 a 39 años</i>	6	40.00%
<i>De 40 a 49 años</i>	5	33.33%
<i>De 50 a 59 años</i>	4	26.67%
<i>Total</i>	15	100.00%

Gráfica 4: Edad

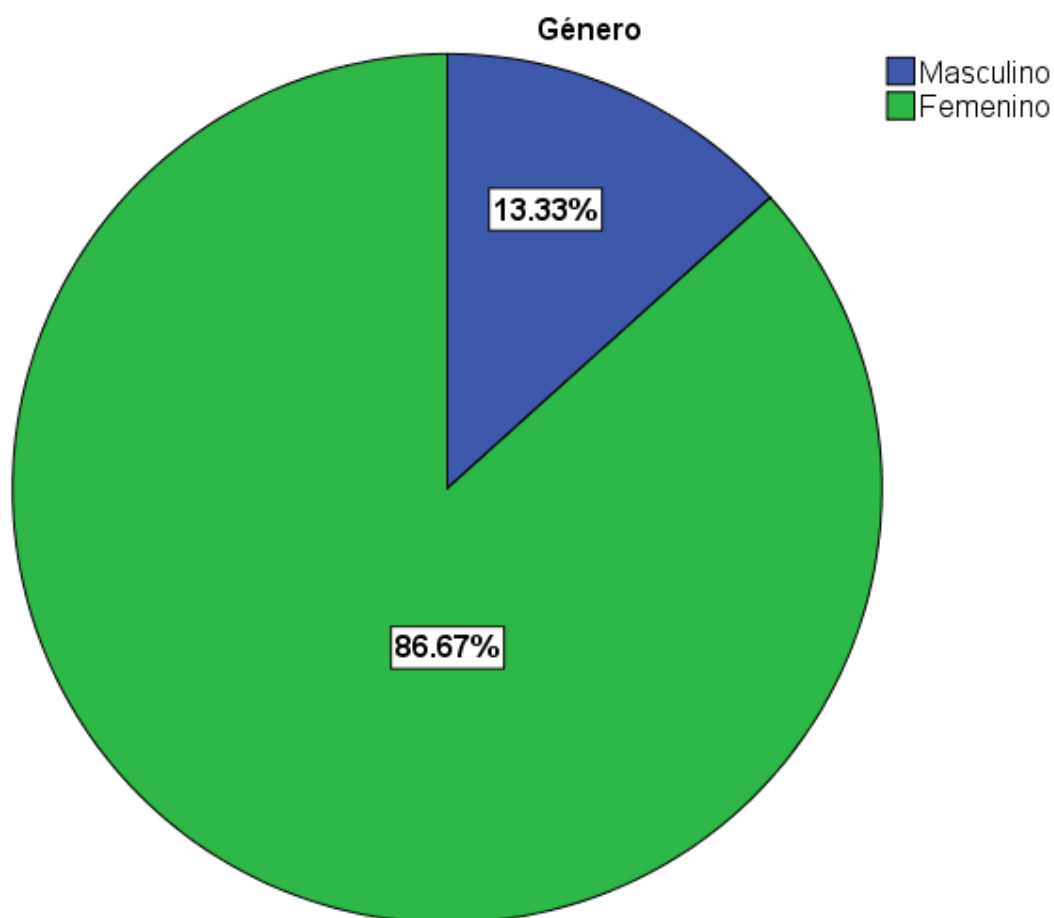


Con respecto a la distribución del género del personal del área quirúrgico del Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez de Zihuatanejo, se encontró que el 86.67% fue del género femenino y un 13.33% era del género masculino, así se observa en la tabla 7 y gráfica 5.

Tabla 7: Género

	Frecuencia	%
<i>Masculino</i>	2	13.33%
<i>Femenino</i>	13	86.67%
<i>Total</i>	15	100.00%

Gráfica 5: Género



Distribución de los ítems por dimensiones

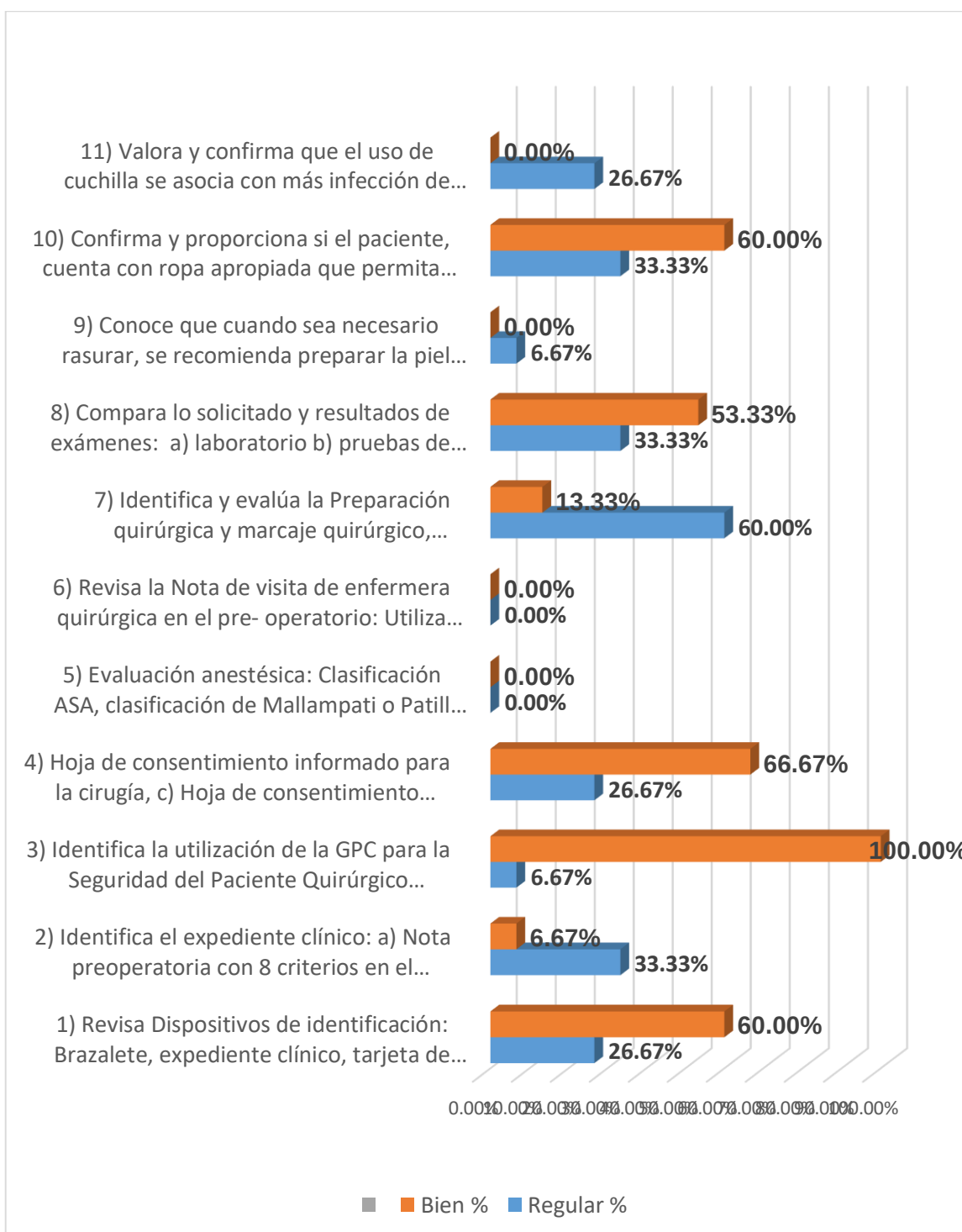
La evaluación de los ítems en la dimensión 1, se encontró que un 60% del personal de enfermería identifica el expediente clínico deficientemente, el 93.33% del personal Identifica deficientemente la utilización de la GPC para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Un 100% del personal de enfermería del área quirúrgico del Hospital General “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaria de Salud, Zihuatanejo Guerrero, realizó deficientemente la clasificación ASA, clasificación de Mallampati o Patill Aldreti. El 100% del personal revisaron deficientemente la nota de visita de enfermera quirúrgica en el pre- operatorio. Así como el 93.33% del personal de enfermería realizaron deficientemente la preparación de la piel en el quirófano 20 minutos antes. Y un 73.33% realizó deficientemente la preparación de la piel y la limpieza de los instrumentos con clorhexidina, tal como se observa en la tabla 8 y gráfica 6.

Tabla 8: Ítems de la dimensión 1

Ítems de la dimensión 1	Deficiente %	Regular %	Bien %
1) Revisa Dispositivos de identificación: Brazaletes, expediente clínico, tarjeta de identificación en soluciones vía intravenosa, preguntando verbalmente el nombre al paciente.	13.33%	26.67%	60.00%
2) Identifica el expediente clínico: a) Nota preoperatoria con 8 criterios en el paciente quirúrgico: 1) Nota elaborada por el especialista que intervendrá la paciente, 2) Fecha y hora de la cirugía, 3) Diagnostico, 4) Plan quirúrgico, 5) Tipo de interven	60.00%	33.33%	6.67%
3) Identifica la utilización de la GPC para la Seguridad del Paciente Quirúrgico Cataluña, 2010 en la Nota preoperatoria del Médico, Anestesiólogo y Enfermería.	93.33%	6.67%	100.00 %
4) Hoja de consentimiento informado para la cirugía, c) Hoja de consentimiento informado de la anestesia.	6.67%	26.67%	66.67%
5) Evaluación anestésica: Clasificación ASA, clasificación de Mallampati o Patill Aldreti.	100.0%	0.00%	0.00%
6) Revisa la Nota de visita de enfermera quirúrgica en el pre- operatorio: Utiliza los patrones funcionales de Gordon, DX NANDA y los objetivos e intervenciones de enfermería en temor, riesgo de infección, dolor agudo, riesgo de desequilibrio de volumen	100.0%	0.00%	0.00%
7) Identifica y evalúa la Preparación quirúrgica y marcaje quirúrgico, confirma baño preoperatorio que se realiza	26.67%	60.00%	13.33%

como mínimo noche anterior a la intervención, revisa no esmalte en uñas.			
8) Compara lo solicitado y resultados de exámenes: a) laboratorio b) pruebas de imagen, c) Preparación de riesgo en derivados de sangre (si aplica).	13.33%	33.33%	53.33%
9) Conoce que cuando sea necesario rasurar, se recomienda preparar la piel en el quirófano 20 minutos	93.33%	6.67%	0.00%
10) Confirma y proporciona si el paciente, cuenta con ropa apropiada que permita el fácil acceso al sitio quirúrgico, así como la colocación de dispositivos para monitoreo y accesos vasculares.	6.67%	33.33%	60.00%
11) Valora y confirma que el uso de cuchilla se asocia con más infección de herida quirúrgico. Conoce que cuando sea necesario rasurar, se recomienda preparar la piel en el quirófano 20 minutos, antes de la cirugía limpiando con clorhexidina, si no se	73.33%	26.67%	0.00%

Gráfica 6: Ítems de la dimensión 1



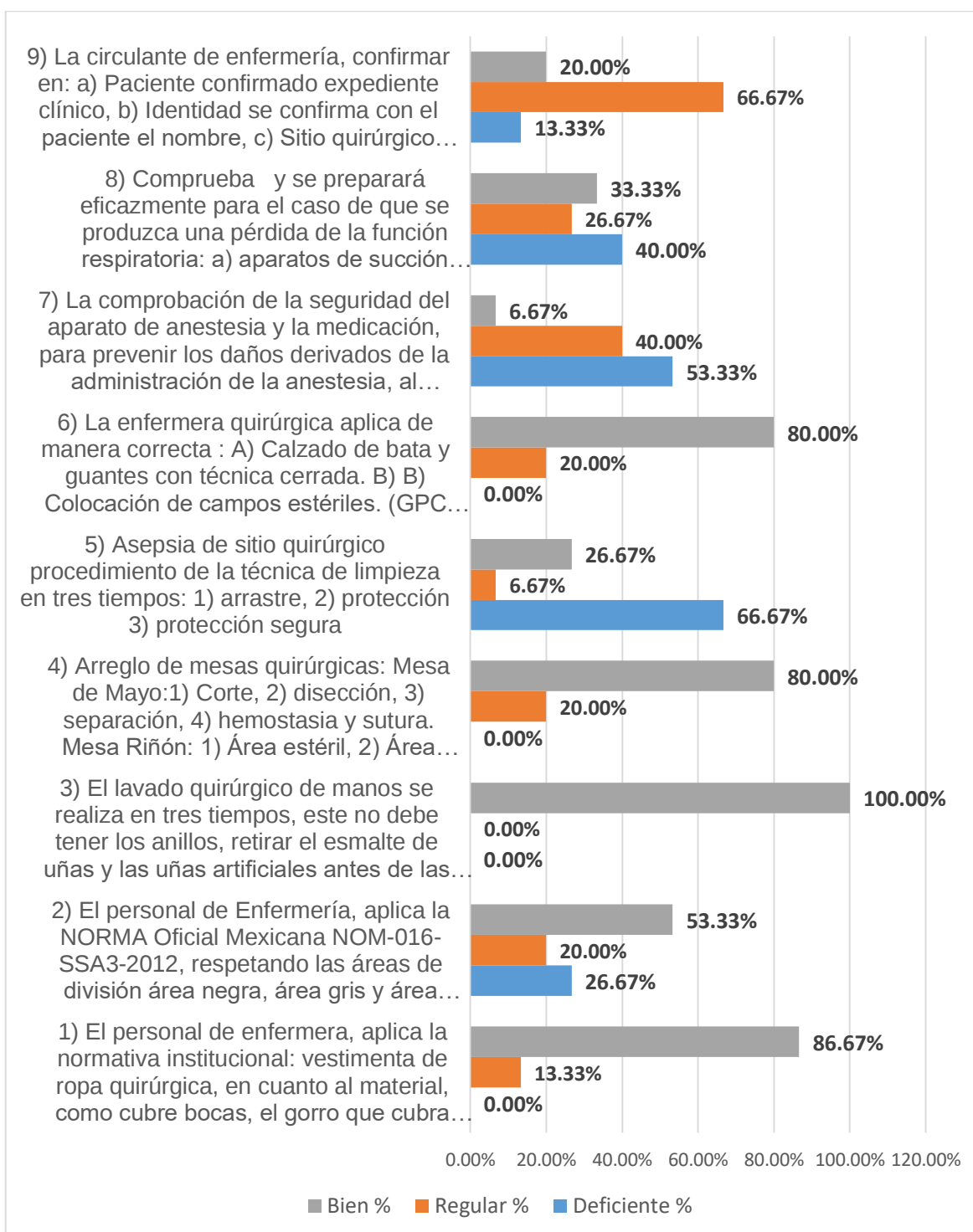
La tabla 9 muestra los resultados de los ítems de la dimensión 2, lo cual se encontró que el 26.67% del personal de enfermería pertenecientes al área quirúrgica del Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaría de Salud, Zihuatanejo Guerrero, aplicó deficientemente la NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012. El 66.67% del personal realizó deficientemente la asepsia de sitio quirúrgico. Un 53.33% del personal que realizó la comprobación de la seguridad del aparato de anestesia y la medicación fue deficiente. Y un 40% de los enfermeros comprobaron y se prepararon deficientemente para el caso de que se produzca una pérdida de la función respiratoria, así se muestra en la tabla 9 y gráfica 7.

Tabla 9: Ítems de la dimensión 2

Ítems de la dimensión 2	Deficiente %	Regular %	Bien %
1) El personal de enfermera, aplica la normativa institucional: vestimenta de ropa quirúrgica, en cuanto al material, como cubre bocas, el gorro que cubra todo el cabello, calzado cubierto con botas. El cubre bocas lo cambia cada 4 horas, y debe de ser de	0.00%	13.33%	86.67%
2) El personal de Enfermería, aplica la NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, respetando las áreas de división área negra, área gris y área blanca.	26.67%	20.00%	53.33%
3) El lavado quirúrgico de manos se realiza en tres tiempos, este no debe tener los anillos, retirar el esmalte de uñas y las uñas artificiales antes de las intervenciones quirúrgicas	0.00%	0.00%	100.0%
4) Arreglo de mesas quirúrgicas: Mesa de Mayo:1) Corte, 2) disección, 3) separación, 4) hemostasia y sutura. Mesa Riñón: 1) Área estéril, 2) Área húmeda 3) Área de retorno o séptica.	0.00%	20.00%	80.00%
5) Asepsia de sitio quirúrgico procedimiento de la técnica de limpieza en tres tiempos: 1) arrastre, 2) protección 3) protección segura	66.67%	6.67%	26.67%
6) La enfermera quirúrgica aplica de manera correcta: A) Calzado de bata y guantes con técnica cerrada. B) Colocación de campos estériles. (GPC Intervenciones preventivas para la seguridad del paciente de la Secretaría de Salud en México, aplica la N	0.00%	20.00%	80.00%
7) La comprobación de la seguridad del aparato de anestesia y la medicación, para prevenir los daños derivados de la administración de la anestesia, al tiempo que protegen al paciente del dolor.	53.33%	40.00%	6.67%
8) Comprueba y se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida de la función	40.00%	26.67%	33.33%

respiratoria: a) aparatos de succión funcionando, b) oxígeno, d) monitores.			
9) La circulante de enfermería, confirmar en: a) Paciente confirmado expediente clínico, b) Identidad se confirma con el paciente el nombre, c) Sitio quirúrgico con marcaje quirúrgico, b) Consentimiento informado medico/quirúrgico y anestesia.	13.33%	66.67%	20.00%

Gráfica 7: Ítems de la dimensión 2



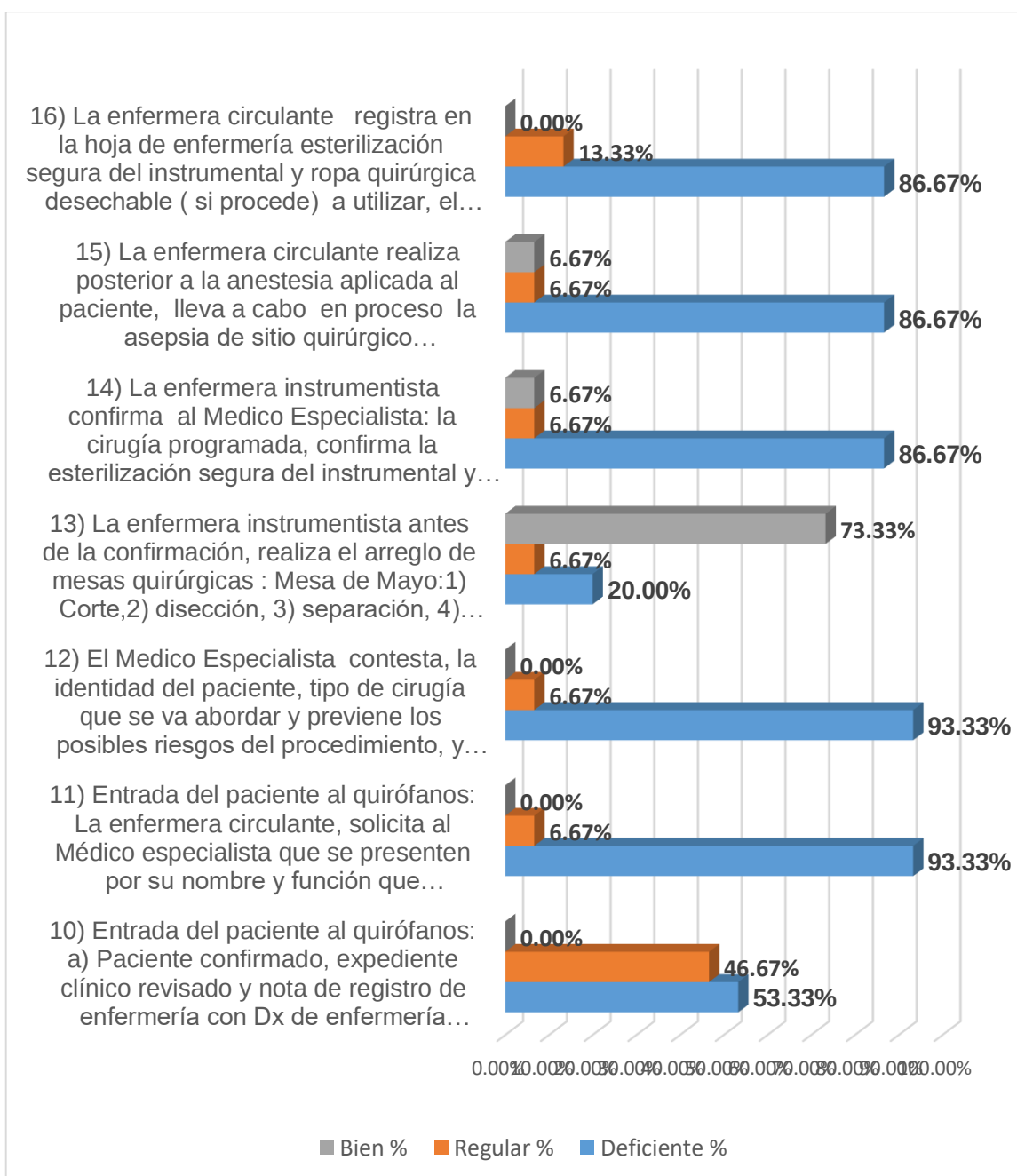
Al evaluar los ítems de la dimensión 3, se encontró que el 93.33% del personal de enfermería del área quirúrgico del Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaria de Salud, Zihuatanejo Guerrero, no solicitaron al médico especialista que se presentara por su nombre y la función que desarrollan en el proceso quirúrgico. El 93.33% del personal contesta, la identidad del paciente deficientemente, indicando el tipo de cirugía que se va a abordar y previniendo los posibles riesgos del procedimiento, y se cerciora de la aplicación de medicamentos ordenados para la profilaxis antibiótica. Un 86.67% de los enfermeros realizan deficientemente la confirmación la cirugía programada, así como la confirmación de la esterilización segura del instrumental y ropa quirúrgica a utilizar. También el 86.67% llevó a cabo la asepsia del sitio quirúrgico, realizando la limpieza en tres tiempos. Y el 86.67% de las enfermeras realizaron un registro deficiente en la hoja de enfermería de esterilización segura del instrumental y ropa quirúrgica desechable (cuando procedía) a utilizar, el recuento de textiles, suturas, y punzocortantes y vigila cubetas limpias, así se observa en la tabla 10 y gráfica 8.

Tabla 10: Ítems de la dimensión 3

Ítems de la dimensión 3	Deficiente %	Regular %	Bien %
10) Entrada del paciente al quirófano: a) Paciente confirmado, expediente clínico revisado y nota de registro de enfermería con Diagnóstico de enfermería presentes, b) Identidad se confirma con el paciente el nombre, c) Sitio quirúrgico con marcaje quirúrgico	53.33%	46.67%	0.00%
11) Entrada del paciente al quirófano: La enfermera circulante, solicita al Médico especialista que se presenten por su nombre y función que desarrollan en el proceso quirúrgico.	93.33%	6.67%	0.00%
12) El Médico Especialista contesta, la identidad del paciente, tipo de cirugía que se va a abordar y previene los posibles riesgos del procedimiento, y se cerciora de la aplicación de medicamentos ordenados para la profilaxis antibiótica, terminando la ex	93.33%	6.67%	0.00%
13) La enfermera instrumentista antes de la confirmación, realiza el arreglo de mesas quirúrgicas: Mesa de Mayo:1) Corte,2) disección, 3) separación, 4) hemostasia y sutura. Mesa Riñón:1) Área estéril, 2) Área húmeda 3) Área de retorno.	20.00%	6.67%	73.33 %
14) La enfermera instrumentista confirma al Médico Especialista: la cirugía programada, confirma la esterilización segura del instrumental y ropa quirúrgica a	86.67%	6.67%	6.67%

utilizar, el recuento de textiles, suturas, punzocortantes, confirma el uso del electrocauterio			
15) La enfermera circulante realiza posterior a la anestesia aplicada al paciente, lleva a cabo en proceso la asepsia de sitio quirúrgico procedimiento de la técnica de limpieza en tres tiempos: 1) arrastre, 2) protección 3) protección segura y lo registra en expediente clínico.	86.67%	6.67%	6.67%
16) La enfermera circulante registra en la hoja de enfermería esterilización segura del instrumental y ropa quirúrgica desechable (si procede) a utilizar, el recuento de textiles, suturas, y punzocortantes y vigila que las cubetas se encuentren limpias antes de iniciar procedimiento quirúrgico.	86.67%	13.33%	0.00%

Gráfica 8: Ítems de la dimensión 3



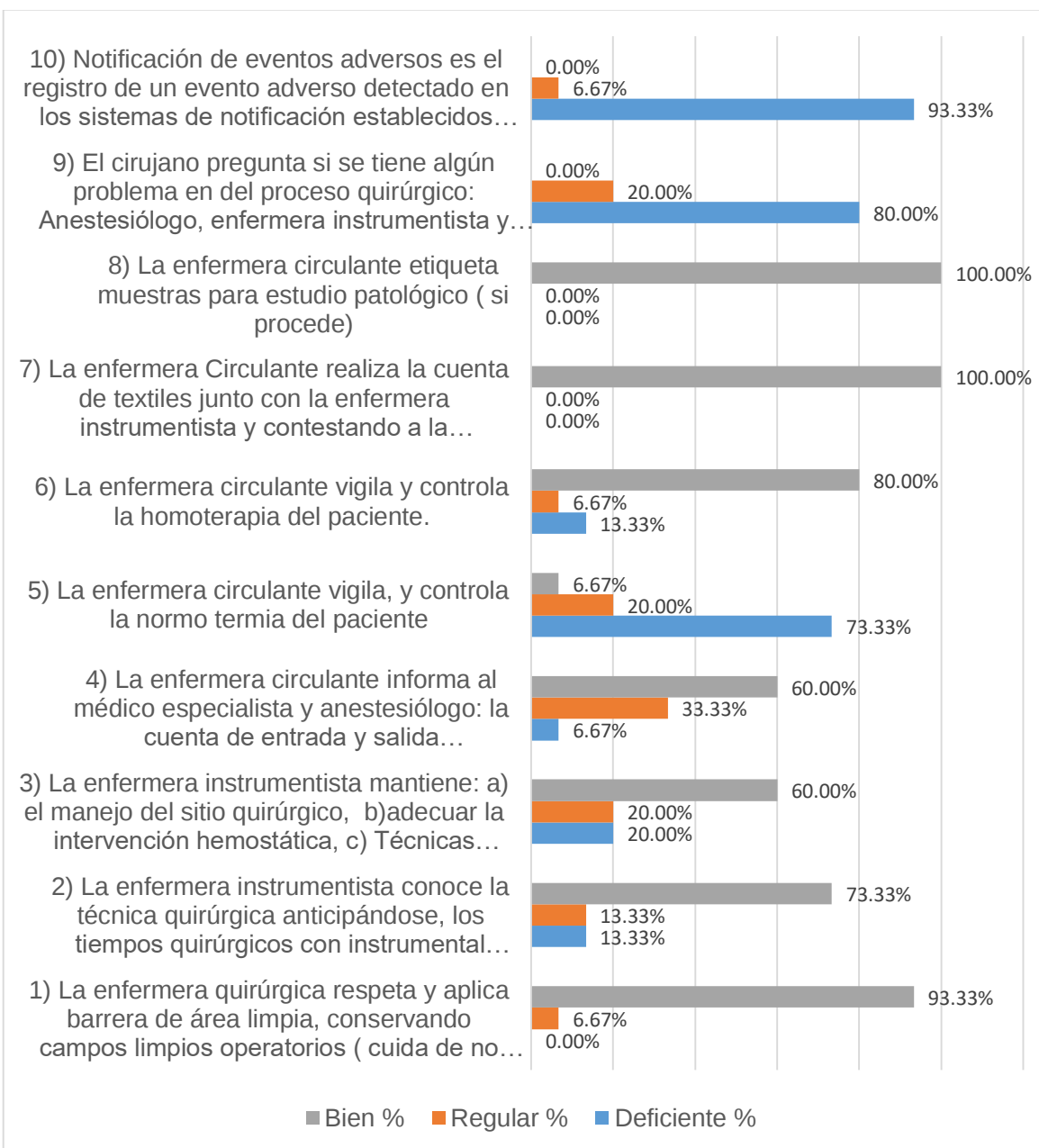
De acuerdo a la evaluación de los ítems de la dimensión 4, se encontró que el 73.33% del personal de enfermería del área quirúrgico del Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaria de Salud, Zihuatanejo Guerrero, vigilaron y controlaron deficientemente la normo termia del paciente. El 80% del personal no se le preguntó si se tenía algún problema en el proceso quirúrgico. Y el 93.33% del personal enfermero realizaron deficientemente la notificación de eventos adversos detectado en los sistemas de notificaciones establecidos en las unidades quirúrgicas, así se muestra en la tabla 11 y gráfica 9.

Tabla 11: Ítems de la dimensión 4

Ítems de la dimensión 4	Deficiente %	Regular %	Bien %
1) La enfermera quirúrgica respeta y aplica barrera de área limpia, conservando campos limpios operatorios (cuida de no humedecer el área)	0.00%	6.67%	93.33%
2) La enfermera instrumentista conoce la técnica quirúrgica anticipándose, los tiempos quirúrgicos con instrumental seguro, sutura y textil correctos, llevando la cuenta de instrumental y textil que entra a la cavidad del paciente.	13.33%	13.33%	73.33%
3) La enfermera instrumentista mantiene: a) el manejo del sitio quirúrgico, b) adecuar la intervención hemostática, c) Técnicas hemostáticas	20.00%	20.00%	60.00%
4) La enfermera circulante informa al médico especialista y anestesiólogo: la cuenta de entrada y salida hemodinámica del paciente (Gasas, compresas, aspirador)	6.67%	33.33%	60.00%
5) La enfermera circulante vigila, y controla la normo termia del paciente	73.33%	20.00%	6.67%
6) La enfermera circulante vigila y controla la hemoterapia del paciente.	13.33%	6.67%	80.00%
7) La enfermera Circulante realiza la cuenta de textiles junto con la enfermera instrumentista y contestando a la pregunta de cirujano si el material está completo, si falta alguna pinza y la de textiles.	0.00%	0.00%	100.00%
8) La enfermera circulante etiqueta muestras para estudio patológico (si procede)	0.00%	0.00%	100.00%
9) El cirujano pregunta si se tiene algún problema en el proceso quirúrgico: Anestesiólogo, enfermera instrumentista y enfermera circulante	80.00%	20.00%	0.00%
10) Notificación de eventos adversos es el registro de un evento adverso detectado en los	93.33%	6.67%	0.00%

sistemas de notificación establecidos en las unidades quirúrgicas: 1) Cuasi falla, 2) Evento adverso, 3) Evento centinela. (MIPRIN 2015)			
--	--	--	--

Gráfica 9: Ítems de la dimensión 4



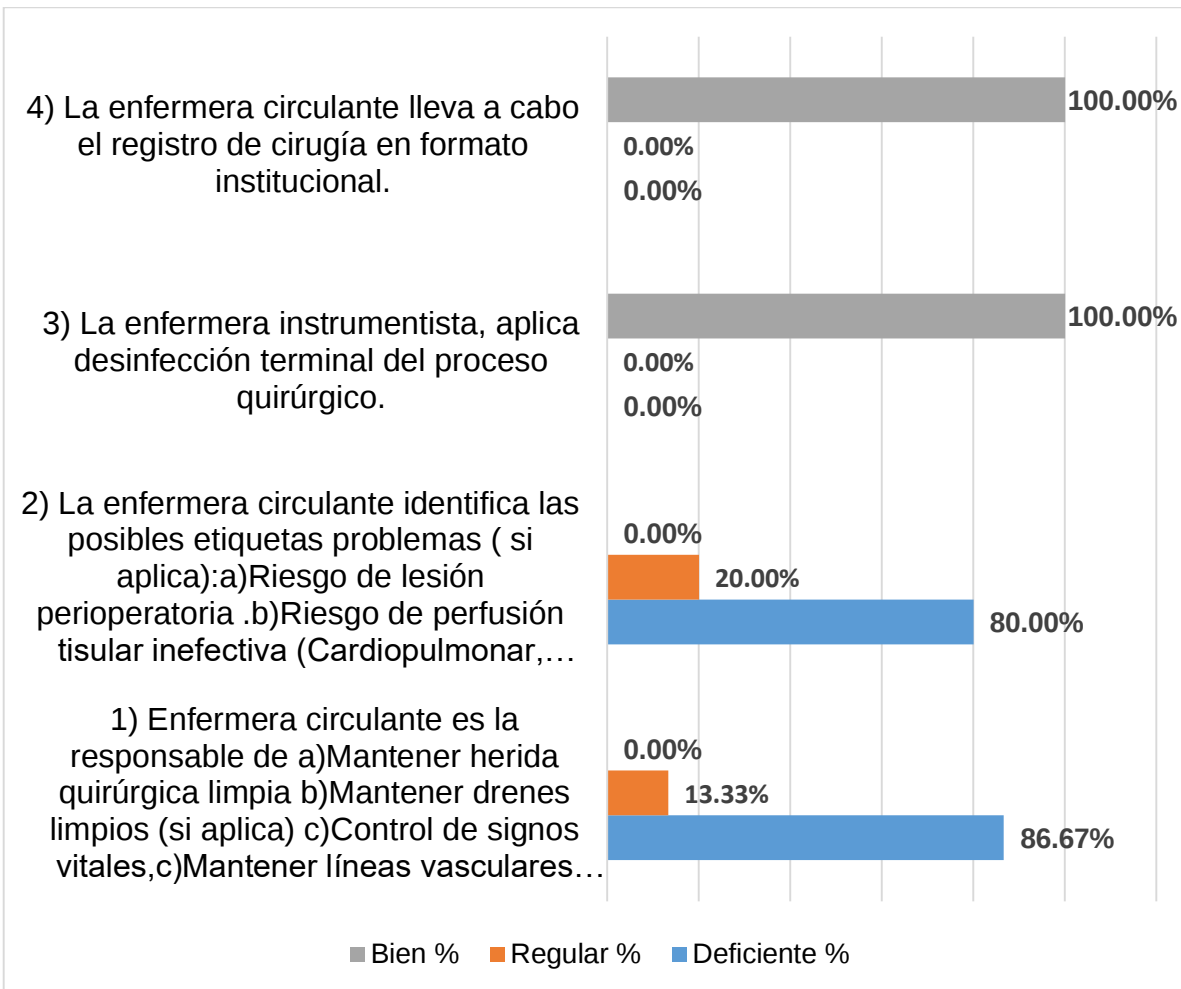
Con respecto a la evaluación de los ítems de la dimensión 5, se encontró que el 86.67% del personal enfermero del área quirúrgico del Hospital General Dr. Bernardo

Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaria de Salud, Zihuatanejo Guerrero, realizaron deficientemente la limpieza de los drenes, el control de los signos y el registro del proceso en la nota de enfermería. El 80% del personal identificó deficientemente las posibles etiquetas problemas como son el riesgo de lesión perioperatoria, el riesgo de perfusión tisular inefectiva, y el riesgo de lesión, tal como se muestra en la tabla 12 y gráfica 10.

Tabla 12: Ítems de la dimensión 5

Ítems de la dimensión 5	Deficiente %	Regular %	Bien %
1) Enfermera circulante es la responsable de a) Mantener herida quirúrgica limpia b) Mantener drenes limpios (si aplica) c) Control de signos vitales, c) Mantener líneas vasculares permeables y limpias e) Registro del proceso en la nota de enfermería	86.67%	13.33%	0.00%
2) La enfermera circulante identifica las posibles etiquetas problemas (si aplica): a) Riesgo de lesión perioperatoria. b) Riesgo de perfusión tisular inefectiva (Cardiopulmonar, renal, cerebral, gastrointestinal, periférica).c) Riesgo de lesión. d)Patrón re	80.00%	20.00%	0.00%
3) La enfermera instrumentista, aplica desinfección terminal del proceso quirúrgico.	0.00%	0.00%	100.0%
4) La enfermera circulante lleva a cabo el registro de cirugía en formato institucional.	0.00%	0.00%	100.0%

Gráfica 10: Ítems de la dimensión 5



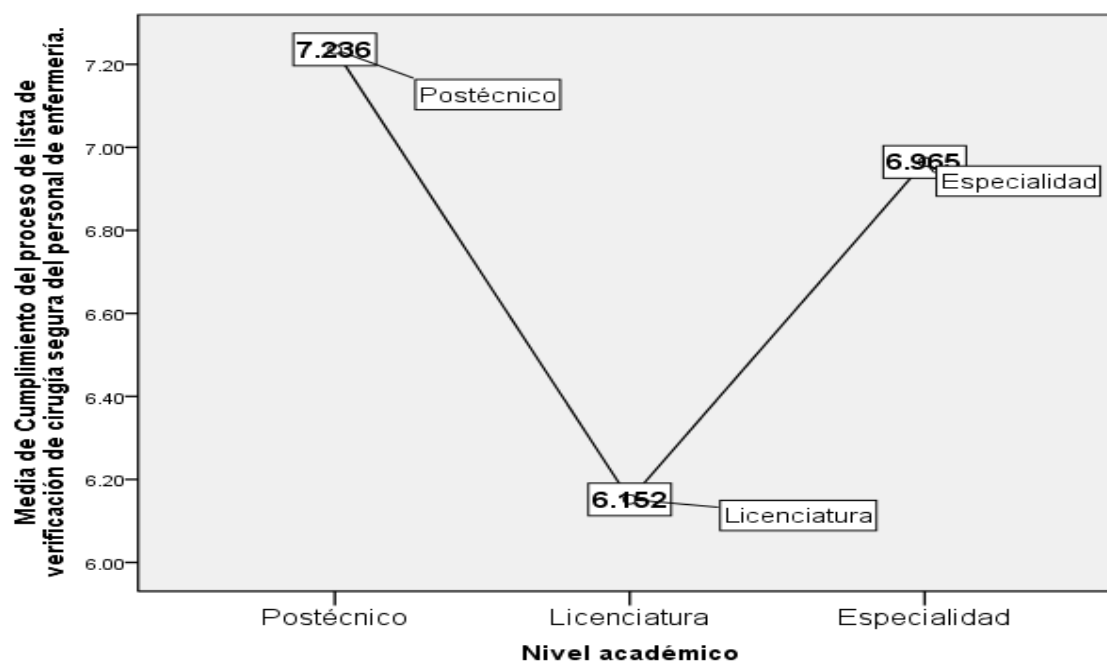
Cruce de variables

La tabla 13 y gráfica 11 muestra el cruce de variables entre la evaluación del cumplimiento del proceso de lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería vs nivel académico, se encontró que el personal con pos técnico obtuvo una evaluación de 7.2358, el personal enfermero con licenciatura su evaluación fue de 6.151 y los enfermeros con especialidad tuvieron una evaluación de 6.5312.

Tabla 13: Cumplimiento del proceso de lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería vs nivel académico

Cumplimiento del proceso de lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería vs nivel académico								
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Postécnico	3	7.2358	.53313	.30780	5.9114	8.5601	6.67	7.72
Licenciatura	9	6.1518	.54234	.18078	5.7349	6.5686	5.28	7.15
Especialidad	3	6.9648	.32857	.18970	6.1485	7.7810	6.67	7.32
Total	15	6.5312	.68067	.17575	6.1542	6.9081	5.28	7.72

Gráfica 11: Cumplimiento del proceso de lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería vs nivel académico

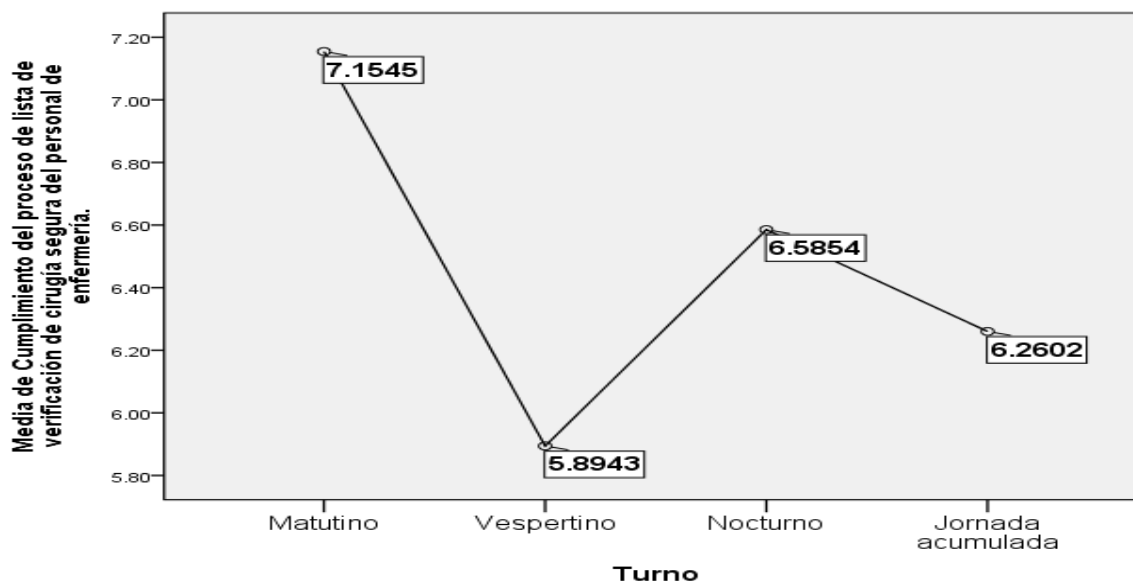


De acuerdo con el cruce de variable entre el cumplimiento del proceso de lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería vs turno se encontró que el personal enfermero que laboraba en el turno matutino tuvo una evaluación de 7.1545. los enfermeros del turno vespertino su evaluación fue de 5.8943. La evaluación de los enfermeros del turno nocturno fue de 6.5854 y los enfermeros que laboran en jornada acumulada obtuvieron una evaluación de 6.2602, así se observa en la tabla 14 y gráfica 12.

Tabla 14: Cumplimiento del proceso de lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería vs turno

Cumplimiento del proceso de lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería vs turno								
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Matutino	4	7.1545	.46467	.23234	6.4151	7.8939	6.67	7.72
Vespertino	4	5.8943	.50772	.25386	5.0864	6.7022	5.28	6.50
Nocturno	6	6.5854	.59965	.2448	5.956	7.2147	5.69	7.32
Jornada acumulada	1	6.2602					6.26	6.26
Total	15	6.5312	.68067	.17575	6.1542	6.9081	5.28	7.72

Gráfica 12: Cumplimiento del proceso de lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería vs turno

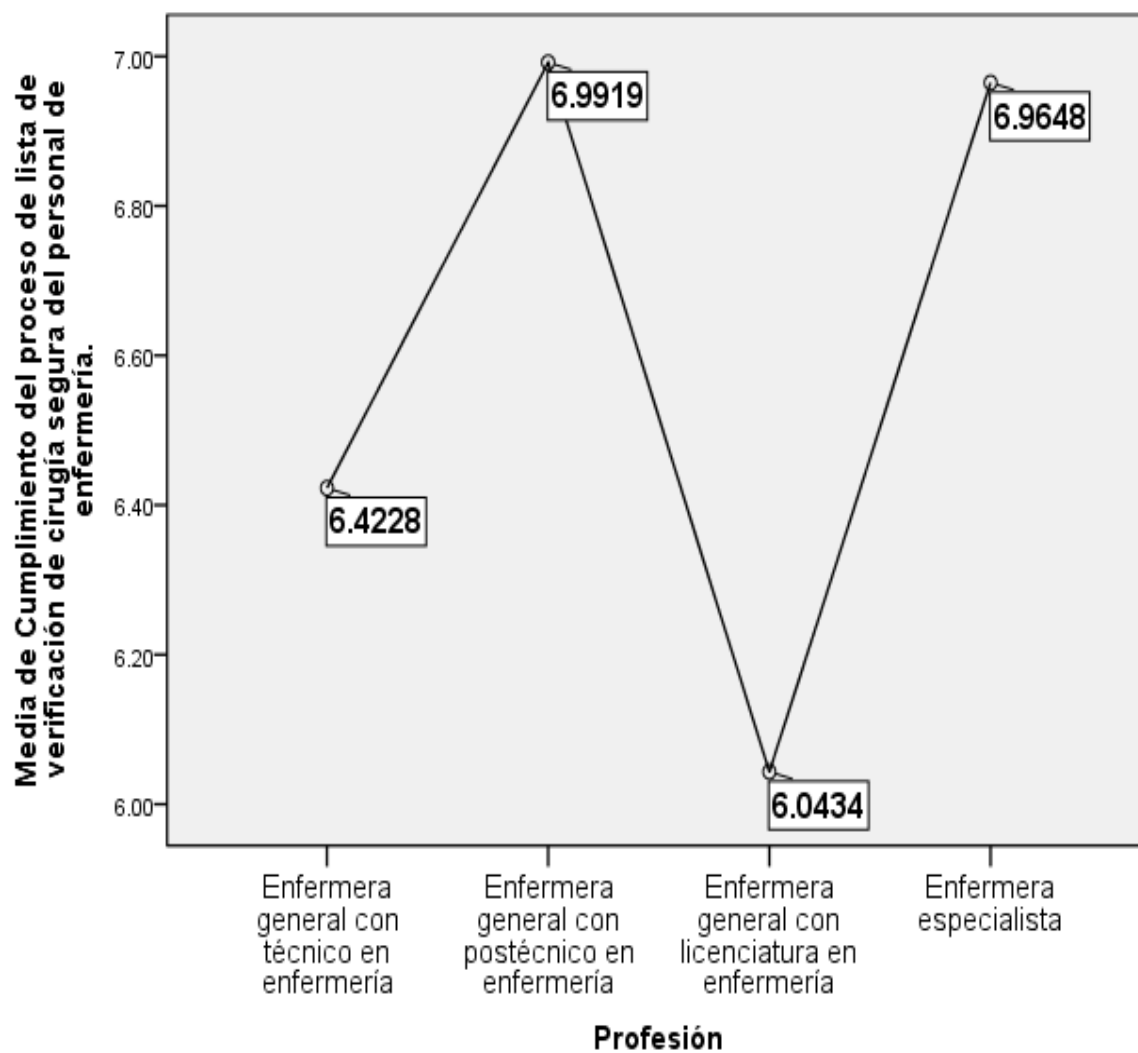


Al realizar el cruce de las variables la evaluación del cumplimiento del proceso de lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería vs profesión se encontró que la enfermera general con técnico en enfermería su evaluación fue de 6.4228. Las enfermeras generales con pos técnico, su evaluación fue de 6.9919. Las enfermeras generales con licenciatura su evaluación fue de 6.0434 y las enfermeras especialistas obtuvieron una evaluación de 6.9648, tal como se muestra en la tabla 15 y gráfica 13.

Tabla 15: Cumplimiento del proceso de lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería vs profesión

Cumplimiento del proceso de lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería vs profesión								
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Enfermera general con técnico en enfermería	2	6.4228	1.03479	.73171	-2.8745	15.7200	5.69	7.15
Enfermera general con pos técnico en enfermería	4	6.9919	.65379	.32689	5.9516	8.0322	6.26	7.72
Enfermera general con licenciatura en enfermería	6	6.0434	.45895	.18736	5.5617	6.5250	5.28	6.50
Enfermera especialista	3	6.9648	.32857	.18970	6.1485	7.7810	6.67	7.32
Total	15	6.5312	.68067	.17575	6.1542	6.9081	5.28	7.72

Gráfica 13: Cumplimiento del proceso de lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería vs profesión

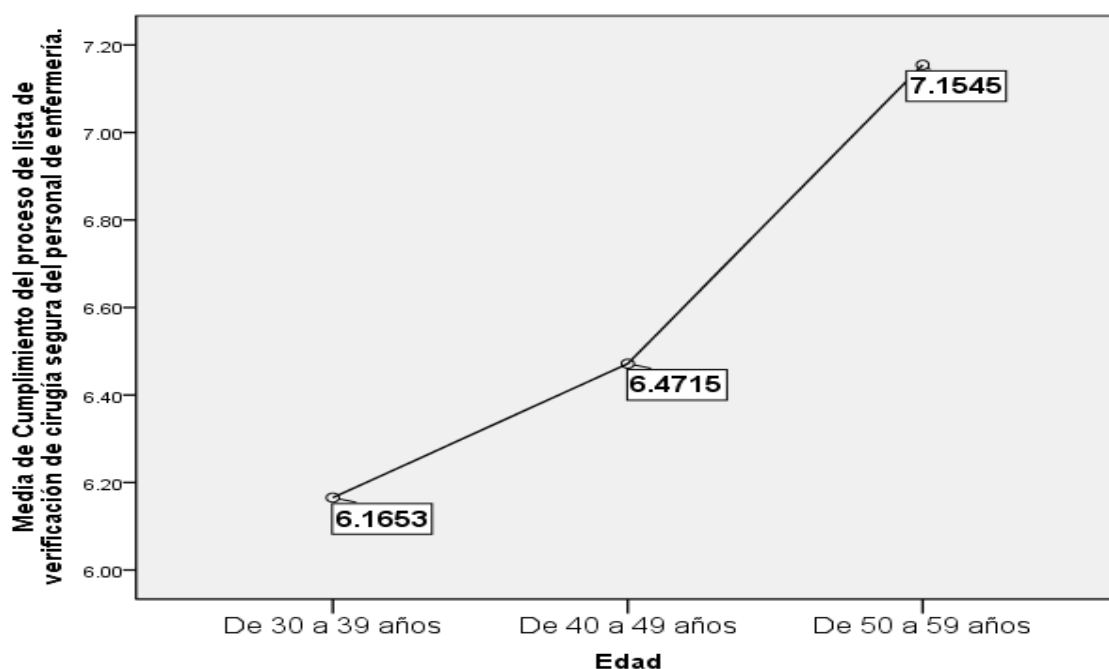


La tabla 16 y gráfica 14 muestra el resultado sobre el cruce de las variables entre el cumplimiento del proceso de lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería y la edad del personal de enfermería, se encontró que tenían entre 30 a 39 años obtuvieron una evaluación de 6.1653. Los enfermeros con edades de 40 a 49 años su evaluación fue de 6.4715 y los enfermeros cuya edad oscilaba entre 50 a 59 años obtuvieron una evaluación de 7.1545.

Tabla 16: Cumplimiento del proceso de lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería vs Edad

Cumplimiento del proceso de lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería vs Edad								
En años	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
De 30 a 39	6	6.1653	.64102	.26170	5.4926	6.8380	5.28	7.15
De 40 a 49	5	6.4715	.59355	.26544	5.7346	7.2085	5.69	7.32
De 50 a 59	4	7.1545	.46467	.23234	6.4151	7.8939	6.67	7.72
Total	15	6.5312	.68067	.17575	6.1542	6.9081	5.28	7.72

Gráfica 14: Cumplimiento del proceso de lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería vs Edad



De acuerdo con el cruce de las variables entre el cumplimiento del proceso de lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería y el género se encontró que la evaluación de los enfermeros masculinos fue de 6.0163 y la evaluación de las enfermeras que laboran en el área quirúrgico del Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaria de Salud, Zihuatanejo Guerrero, fue de 6.6104, así se muestra en la tabla 17 y gráfica 15.

Tabla 17: Cumplimiento del proceso de lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería vs Género

Cumplimiento del proceso de lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería vs Sexo								
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
Masculino	2	6.0163	.34493	.24390	2.9172	9.1153	5.77	6.26
Femenino	13	6.6104	.69256	.19208	6.1919	7.0289	5.28	7.72
Total	15	6.5312	.68067	.17575	6.1542	6.9081	5.28	7.72

Gráfica 15: Cumplimiento del proceso de lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería vs Género



La tabla 18 muestra la evaluación de la dimensión 1, lo cual representa la identificación del paciente, la evaluación obtenida en esta dimensión fue de 5.6768, es decir, el personal de enfermería que labora en el área quirúrgico del Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaria de Salud, Zihuatanejo Guerrero, tuvo una evaluación reprobatoria sobre la identificación del paciente y comunicación efectiva.

El intervalo de confianza indica que existe un 95% de confianza que el intervalo 5.2398 a 6.1138 contenga al verdadero promedio de la evaluación de la competencia 1.

Tabla 18: Dimensión 1: competencia: Identificación del paciente (i) Comunicación efectiva

Dimensión 1: competencia: Identificación del paciente (i) Comunicación efectiva		Estadístico	Error típ.
Media		5.6768	.20374
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	5.2398	
	Límite superior	6.1138	
Media recortada al 5%		5.6678	
Mediana		5.7576	
Varianza		.623	
Desv. típ.		.78910	
Mínimo		4.24	
Máximo		7.27	
Rango		3.03	

La tabla 19 muestra el resultado de la evaluación de la dimensión 2, lo cual evalúa la asepsia en la intervención quirúrgica, se encontró que el personal enfermero que labra en el área quirúrgico en el Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaria de Salud, Zihuatanejo Guerrero, alcanzó una evaluación de 7.7284, siendo una evaluación aceptable. Existe un 95% de confianza de que el intervalo 7.2268 a 8.2300 esté contenido el verdadero valor de la evaluación de la dimensión 2.

Tabla 19: Dimensión 2: Asepsia en la intervención Quirúrgica del programa de procedimientos seguros. Competencia No. 4 y No 3 de las acciones de seguridad del paciente de acuerdo a la lista de verificación.

Dimensión 2: Asepsia en la intervención Quirúrgica del programa de procedimientos seguros. Competencia No. 4 y No 3 de las acciones de seguridad del paciente de acuerdo con la lista de verificación.		Estadístico	Error típ.
Media		7.7284	.23387
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	7.2268	
	Límite superior	8.2300	
Media recortada al 5%		7.7229	
Mediana		7.7778	
Varianza		.820	
Desv. típ.		.90578	
Mínimo		6.30	
Máximo		9.26	
Rango		2.96	

Al evaluar la dimensión 3 lo cual representa al paciente y sitio correcto, así como la cirugía correcta, el personal enfermero que labora en el área quirúrgico del Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaria de Salud, Zihuatanejo Guerrero, alcanzó una evaluación de 4.6032, esto representa una evaluación reprobatoria. De acuerdo al intervalo de confianza, existe un 95% de confianza que el intervalo 3.9915 a 5.2149 contenga la verdadera evaluación de la dimensión 3.

**Tabla 20: Dimensión 3: Enfermería: Paciente y Sitio correcto, cirugía correcta.
Competencia: Comunicación efectiva No, 2**

Dimensión 3: Enfermería: Paciente correcto, Sitio correcto, cirugía correcta. Competencia: Comunicación efectiva No, 2		Estadístico	Error típ.
Media		4.6032	.28521
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	3.9915	
	Límite superior	5.2149	
Media recortada al 5%		4.5062	
Mediana		4.2857	
Varianza		1.220	
Desv. típ.		1.10461	
Mínimo		3.33	
Máximo		7.62	
Rango		4.29	

Al evaluar el cumplimiento de la revisión continua del proceso quirúrgico, lo cual representa la dimensión 4, el personal de enfermería que labora en el área quirúrgico del Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaria de Salud, Zihuatanejo Guerrero, obtuvo una evaluación de 7.5778, siendo una evaluación aceptable. Con respecto al intervalo de confianza, existe un 95% de confianza a que el intervalo 7.1022 a 8.0534 contenga la verdadera evaluación de la dimensión 4.

Tabla 21: Dimensión 4: La enfermera instrumentista aplica una revisión continua del proceso quirúrgico en el trans-operatorio. Competencia 4: Procedimiento de Cirugía segura en el trans-operatorio

Dimensión 4: La enfermera instrumentista aplica una revisión continua del proceso quirúrgico en el trans-operatorio. Competencia 4: Procedimiento de Cirugía segura en el trans-operatorio		Estadístico	Error típ.
Media		7.5778	.22175
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	7.1022	
	Límite superior	8.0534	
Media recortada al 5%		7.6049	
Mediana		7.6667	
Varianza		.738	
Desv. típ.		.85882	
Mínimo		6.00	
Máximo		8.67	
Rango		2.67	

La tabla 22 muestra el resultado de la evaluación de la dimensión 5, lo cual representa la valoración del paciente al final de la cirugía. El personal de enfermería que labora en el área quirúrgico del Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaria de Salud, Zihuatanejo Guerrero, obtuvo una evaluación de 6.9444. Y existe un 95% de confianza que el intervalo 6.6104 a 7.2784 contenga la verdadera evaluación de la dimensión.

Tabla 22: Dimensión 5: Valoración del paciente al final de la cirugía por el Cirujano, Anestesiólogo y enfermería.

Dimensión 5: Valoración del paciente al final de la cirugía por el Cirujano, Anestesiólogo y enfermería.		Estadístico	Error típ.
Media		6.9444	.15573
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	6.6104	
	Límite superior	7.2784	
Media recortada al 5%		6.8827	
Mediana		6.6667	
Varianza		.364	
Desv. típ.		.60312	
Mínimo		6.67	
Máximo		8.33	
Rango		1.67	

De acuerdo con la evaluación de aplicación de la normativa institucional en la lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería del área quirúrgica en el Hospital General Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaria de Salud, Zihuatanejo Guerrero, se encontró que, en general, la evaluación fue de 6.5312, lo cual se observa que existen deficiencias en la aplicación. Y existe un 95% de confianza a que el intervalo 6.1542 a 6.9081 contenga la verdadera evaluación de la aplicación de la normativa.

Tabla 23: Cumplimiento del proceso de lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería.

Cumplimiento del proceso de lista de verificación de cirugía segura del personal de enfermería.		Estadístico	Error típ.
Media		6.5312	.17575
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	6.1542	
	Límite superior	6.9081	
Media recortada al 5%		6.5342	
Mediana		6.5041	
Varianza		.463	
Desv. típ.		.68067	
Mínimo		5.28	
Máximo		7.72	
Rango		2.44	

Bibliografía:

Astudillo C. S.J., Espinoza M. K. X. (2015). Verificación de la Aplicación del Manual de cirugía segura de la Organización Mundial de la Salud en el Hospital Moreno Vázquez, Gualaceo, abril a septiembre, 2015 (Tesis de Licenciatura en Medicina). Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca Ecuador. Recuperado 7 de agosto 2019, en <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23079/1/tesis.pdf>

Amores A.T., Marrero Q.J.A. (2015). "Mala praxis médica en el quirófano". Rev. Cubana Cir vol. 54 No. 2 Ciudad de la Habana abr- jun. Hospital Clinico quirúrgico "Julio Trigo López". La Habana, Cuba (Artículo científico). Recuperado 5 de agosto 2019, en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000200012

Organización Mundial de la Salud (OMS 2008) Alianza Mundial para la seguridad del paciente, "CIRUGIA SEGURA SALVA VIDAS". Segundo reto mundial, para la seguridad del paciente. Recuperado 10 de agosto 2019, en: https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf

Alpendre FT, Cruz EDA, Dyniewicz AM, Mantovani MF, Silva AEBC, Santos GS. Safe surgery: "validation of pre and postoperative Checklist". Rev. Latino-Am. Enfermagem. (2017). Cirugía segura: validación de Checklist pre y postoperatorio". Rev. Latinoamericana de Enfermagen. Recuperado 7 de agosto 2019, en DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1854.2907>.

Aristizabal M.H, (sin fecha) "Oblito quirúrgico y la responsabilidad del equipo quirúrgico". Rev Médico legal pp 49.54. Recuperado 17 de agosto 2019, en <http://www.medicolegal.com.co/articulo/subtema/447>

Carrillo A. AJ., García S.L., Cárdenas O, CM., Díaz S.IR, Yabrudy W. N., (2013) "La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica". Rev. Electrónica trimestral No. 32: Enfermería Global. PP 347.364, Recuperado 13 agosto 2019, en; <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/revisiones5.pdf>

Castillo L.L., Cabrera R.J., Sánchez M.J.A. et al., (2015). Seguridad en cirugía mayor. Experiencia de 5 años". Hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz Monroy.

Matanzas, Cuba. Rev Med Electron. vol 39, Matanzas sep-oct 2017, no. 5 (Artículo científico). Recuperado 6 de agosto 2019, en

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000500003

Diario oficial de la Federación (2017), “Acuerdo en que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente”. Recuperado 5 de agosto 2019

http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08%2F09%2F2017

7

Echeverría Z.S., Sandoval C.F., Gutiérrez D.S., Alcantar B.A., Cote E.L. (2011) “Eventos adversos en cirugía”. Cir. gen vol.33 no.3 México jul./sep. Recuperado 29 de octubre 2019, en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992011000300005

Febre N., Mondaca G.K., Méndez C.P., Badilla M.V. et al., (2018). “Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición”. Rev Médica clínica de los condes, vol 29, Issue 3, May–June 2018, Pages 278-287. Recuperado 13 de agosto 2019, en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300567>

Hernández T. F. Alcántara B.A. (2015).” Niveles de Evaluación de la Calidad” La Calidad de la Atención a la Salud en México a través de sus instituciones, Segunda edición Secretaria de Salud. pp.11-13. Recuperado 6 de agosto 2019, en

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60110/libro_03.pdf

Hernández S.R., Mendoza C. (2018). “Metodológica de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Editorial Mc Graw Hill Educación. Cd de México. pp 88-92. Recuperado 5 de septiembre 2019, en:

<http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>.

Instituto Nacional de enfermedades respiratoria (INER 2017). Programa para garantizar, cirugía segura y procedimiento correcto. pp.15-25. Recuperado 16 de agosto 2019, en http://www.aesculapseguridaddelpaciente.org.mx/docs/seguridad-del-paciente/accionesencial4/ASC_programa2017.pdf

Joint Commission International (2017). "Preámbulo a las soluciones de seguridad del paciente-mayo 2017". World Health Organization. Recuperado 17 de agosto 2019, en <https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/PatientSolutionsSpanish.pdf>

Izquierdo B.F. (2015). "Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de mayo 2015". (Tesis de especialidad). Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina Unidad de Posgrado Programa, en de Segunda Especialización en Enfermería, Lima Perú. Recuperado 8 de agosto 2019, en http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5078/Izquierdo_bf.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Ley General de Salud (2009) Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Última reforma publicada DOF 20-08-2009. Recuperado 13 de agosto 2019, en <https://mexico.justia.com/federales/leyes/ley-general-de-salud/gdoc/>

Lima R.G, (2017). "Evaluación de la lista de verificación cirugía segura" (Tesis de Maestría en Enfermería). Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia. Toluca Estado de México. Recuperado, 8 de agosto 2019, en <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/67969>

López G.E., Arroyo A.J., Zamora L.A.A., Montalvo G. A. (2016). "La implementación de la lista de verificación para una cirugía segura y su impacto en la morbilidad". Vol. 38, núm. 1 / p. 12-18. Hospital Naval de Mazatlán, Sinaloa. Recuperado 11 de agosto 2019, en <https://www.medigraphics.com/pdfs/cirgen/cg-2016/cg161c.pdf>

Mauricio D.M., Pons S.M., Coba C.M.G. et al., (2015) "Procedimientos de enfermería en el área quirúrgica". EDIMEC, Ediciones Médicas CIEZT.p.p.3-4. Quito Ecuador. Recuperado 18 de agosto 2019, en <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4822/1/PROCEDIMIENTOS%20DE%20ENFERMERIA%20EN%20EL%20AREA%20QUIRURGICA.pdf>

Mejía E.A., Romero Z.H. (2017). "La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura medica". Rev. Med. Electron. Vol 39 supl. 1 Matanzas.

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. México. (artículo científico). Recuperado 7 de agosto 2019, en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000700016

Melara M. (2017). "Mejorando la seguridad de los pacientes en el bloque quirúrgico". (artículo científico) España. Recuperado 15 de agosto 2019, en <https://experienciadepacientes.es/gestion-de-bloque-quirurgico/mejorando-la-seguridad-de-los-pacientes-en-el-bloque-quirurgico/>

Minsal (2015) Proceso quirúrgico. Consultoría para la estandarización de procesos de redes asistenciales. p.p. 16-40. Recuperado 15 de agosto 2019, en: [q=servicio+quirurgico+definicion+pdf&ei=plivXZDTMIPatAXtq7z4Bg&start=30&sa=N&ved=0ahUKEwiQvtyTzbDIAhUDLa0KHe0VD284FBDy0wMllgE&biw=1342&bih=600_](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000700016)

Núñez RV (2015.) Valoración de incidencias de efectos adversos en un servicio de Cirugía General atendiendo al tipo de Cirugía. (Tesis de Especialidad). Universidad Miguel Hernández de Elche Departamento de Patología y Cirugía Hospital Universitario de San Juan de Alicante, comunidad de Valencia España. Recuperado 7 de agosto 2019. Pp 56-59, en: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/1784/1/Valent%C3%ADn%20N%C3%BA%C3%B1ez%20Rodr%C3%ADguez.pdf>

NOM-019-SSA3-2013, para la Práctica de Enfermería en el Sistema Nacional De Salud. Recuperado 17 de agosto 2019, en: [NOM-019-SSA3-2013&oq=NOM-019-SSA3-2013&aqs=chrome.69i57j0l5.2877j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8](http://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR15.pdf)

NOM-026-SSA3-2012, para la Práctica de la Cirugía Mayor Ambulatoria .Recuperado 17 de agosto 2019, en: <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR15.pdf>

NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura equipamiento de hospitales. Recuperado 17 de agosto 2019, en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5469490&fecha=20/01/2017

NOM-006-SSA3-2011, para la práctica de anestesiología. Recuperado 17 de agosto 2019, en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5240668&fecha=23/03/2012

NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección Ambiental-Salud Ambiental-Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos- Clasificación y especificaciones de manejo. Recuperado 17 de agosto 2019, en:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/087ecolssa.html>

NOM-045-SSA2-2005, para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control De Las Infecciones Nosocomiales. Recuperado 17 de agosto 2019, en:

<https://www.gob.mx/salud/documentos/normas-oficiales-mexicanas-9705>

NOM-206-SSA1-2002 para su funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica. Recuperado 17 de agosto, 2019, en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/206ssa102.html>

NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico. Recuperado 17 de agosto 2019, en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

Pecci A. E. (2015) "Checklist Quirúrgico. una Herramienta para la Seguridad del Paciente", Rev. Enferm. CyL Vol 5 - Nº 2. pp 30-33, (2015). Recuperado 5 agosto 2019, en [www. revista de enfermeriacyl.com](http://www.revista.de.enfermeriacyl.com).

Pozo G.N. 2015) "Verificación de la Lista de Chequeo para la Cirugía Segura Establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) Desde La Perspectiva Del Paciente, En El Hospital Metropolitano De Quito". (Tesis de posgrado). Universidad Central del Ecuador Instituto Superior de Postgrado. Recuperado 6 de agosto 2019, en <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4649/1/T-UCE-0006-120.pdf>

Ramírez C.M., Andrés P.W, Guayan I.C. (2016). "Utilización de listas de chequeo en cirugías programadas". Rev. Colombia Cir. 2017;32: pp.109-14. Artículo científico. Recuperado 6 de agosto 2019, en <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v32n2/v32n2a5.pdf>

Raimundo P.E., Companioni L.F.A., Rosales R.S.A. (2015). "Apuntes históricos sobre el lavado de manos". Revista Cubana de Estomatol 2015;52(2). Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". La Habana, Cuba. (artículo científico). Recuperado 10 de agosto 2019, en <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/237/143>

Rodríguez, H. V, (2015). "Descripción de la aplicación de la lista de verificación quirúrgica, en el servicio de cirugía del Hospital Privado de Córdoba

Argentina durante el periodo de agosto 2014-diciembre 2015”(Tesis de maestría).
Recuperado 8 de agosto 2019, en

http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/rodriguez_heidi_veronica.pdf

Sistema Nacional de certificación de establecimientos de atención Médica (2017). “Las acciones esenciales para la seguridad del paciente dentro del modelo de seguridad del paciente (AESP), del CSG. Centenario del Consejo de Salubridad General. Recuperado 5 de agosto 2019, en:

http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/acciones_ModeloCSG/AESP-ModeloSP-CSG-15.09.17.pdf

Subcomité de riesgos y eventos adversos (2017). Sistemas de notificación de eventos adversos hospitalarios, en América Latín. Instituto Nacional de Pediatría Secretaría de Salud. Recuperado 16 de agosto 2019, en

https://www.pediatria.gob.mx/archivos/planeacion/desempe/participa_ciudadana2017.pdf

ANEXOS



UAGro
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUERRERO

(Anexo 1)

Acapulco Gro: 26 de agosto 2019

DR. VICTOR ECHEVERRIA AQUINO
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL
“DR. BERNARDO SEPÚLVEDA GUTIÉRREZ”
SECRETARIA DE SALUD, ZIHUATANEJO GUERRERO. IMSS,
P R E S E N T E

CON ATENC: DR. JOSUÉ DE SANTIAGO
COMDE
JEFE DE ENSEÑANZA

Por este conducto me es grato saludarle y sirva este oficio para solicitarle a usted, se otorgue permiso a la C. Estudiante de la Especialidad de Enfermería Medico Quirúrgica: Santos Hernández Rodríguez, para que realice el trabajo de investigación Aplicación de la normativa institucional en la lista de verificación de cirugía segura en un hospital de segundo nivel, 2019”, durante el periodo Septiembre – octubre 2019,

El estudio solo se realizará, para ámbitos únicamente académicos, no poniendo 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 GARCIA

COORDINADORA DEL POSGRADO DE ESPECIALIDADES DE ENFERMERIA

C.c.p. Jefatura de Enfermeras



POSGRADO DE ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA

Acapulco Gro _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Trabajo de Investigación de: Aplicación de la normativa institucional en la lista de verificación de cirugía segura en un hospital de segundo nivel; 2019. en el Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaria de Salud, Zihuatanejo Guerrero. durante el periodo Septiembre/octubre 2019.

Yo,.....identificado (a) como personal del enfermería de labora en el Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, asignada al servicio de quirófanos,, expreso que después de haber sido informado (a) sobre la investigación titulada “Aplicación de la normativa institucional en la lista de verificación de cirugía segura en un hospital de segundo, en el Hospital General “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaria de Salud, Zihuatanejo Guerrero; durante el periodo Septiembre/octubre 2019”, cuyo objetivo general es: Evaluar al personal de enfermería área quirúrgica en la aplicación de la normativa institucional de la LVCS, en las intervenciones quirúrgicas de cirugías realizadas, en el Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, de la Secretaria de Salud en Zihuatanejo Guerrero, que será realizada por la Estudiante del posgrado de la Especialidad de Enfermería Medico Quirúrgica, de la Facultad de Enfermería No. 2 de la UAGro. : Santos Hernández Rodríguez; con el asesoramiento de la Maestra en Ciencias de la Enfermería Eva Barrera García, por lo que me comprometo a que me puede observar, dada su capacidad de estudiante experta en la especialidad de Enfermería Medico Quirúrgica. Respecto a los datos proporcionados por mi persona, me asisten los derechos de acceso, rectificación y cancelación, si estos no se ajustan a lo que yo he querido que se me observen por la lista de cotejo mostrada.

Asimismo, si alguna de observación me ocasionara alteración psíquica o física podré negarme a que se me siga observando, contando con la aceptación de la

investigadora. Por lo expuesto en líneas anteriores, otorgo mi consentimiento para ser partícipe de la presente investigación que ayudará a lograr los objetivos trazados.

Finalmente refrendo mi firma.

Firma de la Investigadora

Firma del Participante



POSGRADO DE ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA

Acapulco Gro _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Trabajo de Investigación de: Aplicación de la normativa institucional en la lista de verificación de cirugía segura en un hospital de segundo nivel; 2019.en el Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaria de Salud, Zihuatanejo Guerrero. durante el periodo Septiembre/octubre 2019.

Yo,.....identificado (a) como paciente,, expreso que después de haber sido informado (a) sobre la investigación titulada, “Aplicación de la normativa institucional en la lista de verificación de cirugía segura en un hospital de segundo nivel; 2019”, en el Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaria de Salud, Zihuatanejo Guerrero, durante el periodo Septiembre/octubre 2019, cuyo objetivo general es: Evaluar al personal de enfermería área quirúrgica en la aplicación de la normativa institucional de la LVCS, en las intervenciones quirúrgicas de cirugías realizadas, en el Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, de la Secretaria de Salud en Zihuatanejo Guerrero; que será realizada por la Estudiante del posgrado de la Especialidad de Enfermería Medico Quirúrgica, de la Facultad de Enfermería No. 2 de la UAGro. : Santos Hernández Rodríguez; con el asesoramiento de la Maestra en Ciencias de la Enfermería Eva Barrera García, por lo que me comprometo a contestar las preguntas que se me soliciten por el investigador.

Asimismo, si alguna de observación me ocasionara alteración psíquica o física podré negarme a que se me siga preguntando, contando con la aceptación de la investigadora. Por lo expuesto en líneas anteriores, otorgo mi consentimiento para ser partícipe de la presente investigación que ayudará a lograr los objetivos trazados.

Finalmente refrendo mi firma.

Firma de la Investigadora

Firma del Paciente



POSGRADO DE ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA

Lista de cotejo con rubricas del Proceso de lista de LVCS, en el personal de enfermería, del equipo quirúrgico, del Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaria de Salud, Zihuatanejo Guerrero.

Título: Recolección de datos al personal del equipo quirúrgico:

Enfermería con funciones de Instrumentista, Enfermera con funciones de circulante, sobre el cumplimiento de la normatividad institucional del personal del área quirúrgica en la LVCS, del Hospital General “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaria de Salud, Zihuatanejo, durante el periodo septiembre / octubre 2019.

Objetivo: Evaluar, las competencias de seguridad del paciente quirúrgico, a través de la LVCS, antes de la inducción de anestesia, antes de la incisión cutánea y antes de que el paciente salga del quirófano. aplicada paciente quirúrgico por el personal del área quirúrgica del Hospital General “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaria de Salud, Zihuatanejo, durante el periodo septiembre / octubre 2019.

Instructivo: Como encuestador identifica, colocando, un circulo en la opción que determines, en preguntas politomicas para la identificación del personal de enfermería sobre las competencias que presenta, marcándose, por incisos con preguntas de “1.d” y del 1...10, y dicotómica solo el género, en los procesos instrumentales, del servicio del cuidado peri/ operatorio, de acuerdo a las rubricas que se señalan por dimensión. No es necesario poner el nombre, pero si el turno: matutino, vespertino o nocturno, además de los perfiles formativos y laborales de los participantes.

Perfil Formativo y sociológico laboral		Turno			
Perfil formativo/laboral	Maestría en enfermería con asignación de funciones de instrumentista.	a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno d) Jornada acumulada			
	Maestría en enfermería con asignación de funciones de circulante.	a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno d) Jornada acumulada			
	Licenciada en enfermería con asignación de funciones de instrumentista.	a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno d) Jornada acumulada			
	Licenciada en enfermería con asignación de funciones de circulante	a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno d) Jornada acumulada			
	Enfermera instrumentista especialista quirúrgica	a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno d) Jornada acumulada			
	Enfermera circulante especialista quirúrgica	a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno d) Jornada acumulada			
	Enfermera general con asignación de funciones de instrumentista	a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno d) Jornada acumulada			
	Enfermera general con asignación de funciones de circulante	a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno d) Jornada acumulada			
	Técnico en enfermería con asignación de funciones de instrumentista	a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno d) Jornada acumulada			
	Técnico en enfermería con asignación de funciones de circulante	a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno d) Jornada acumulada			
	Puesto laboral	a) Enfermera Especialista. b) Enfermera General c) Auxiliar de Enfermería			
	Edad	a) 20-29 b) 30-39 c) 40-49 d) 50-59 e) 60 +			
	Genero	a) Masculino b) Femenino			
Dimensión I Enfermería					
Primera competencia: Identificación del paciente (I) Comunicación efectiva(CE)		A)Valoración Peri operatoria, de la acción de seguridad en el programa de procedimientos seguros: Antes de la Inducción de la anestesia (OMS2008)			
			Deficiente	Regular	Bien
1)Revisa Dispositivos de identificación: Brazalete, expediente clínico, tarjeta de identificación en soluciones vía intravenosa, preguntando verbalmente el nombre al paciente .					
2)Identifica el expediente clínico: a)Nota preoperatoria con 8 criterios en el paciente quirúrgico : 1) Nota elaborada por el especialista que intervendrá la paciente, 2) Fecha y hora de la					

cirugía, 3) Diagnostico, 4) Plan quirúrgico, 5) Tipo de intervención quirúrgica, 6) Riesgo quirúrgico, 7) Cuidados, 8) Plan terapéutico preoperatorio.			
3) Identifica la utilización de la GPC para la Seguridad del Paciente Quirúrgico Cataluña, 2010 en la Nota preoperatoria del Médico, Anestesiólogo y Enfermería.			
4) Hoja de consentimiento informado para la cirugía, c) Hoja de consentimiento informado de la anestesia.			
5) Evaluación anestésica: Clasificación ASA, clasificación de Mallampati o Patill Aldreti.			
6) Revisa la Nota de visita de enfermera quirúrgica en el pre- operatorio: Utiliza los Patrones funcionales de Gordon, DX NANDA y los objetivos e intervenciones de enfermería en temor, Riesgo de infección, Dolor agudo, Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos, Riesgo de náuseas,			
7) Identifica y evalúa la Preparación quirúrgica y marcaje quirúrgico, confirma baño preoperatorio que se realiza como mínimo noche anterior a la intervención, revisa no esmalte en uñas.			
8) Compara lo solicitado y resultados de exámenes: a) laboratorio b) pruebas de imagen, c) Preparación de riesgo en derivados de sangre (si aplica).			
9) Conoce que cuando sea necesario rasurar, se recomienda preparar la piel en el quirófano 20 minutos			
10) Confirma y proporciona si el paciente, cuenta con ropa apropiada que permita el fácil acceso al sitio quirúrgico, así como la colocación de dispositivos para monitoreo y accesos vasculares.			
11) Valora y confirma que el uso de cuchilla se asocia con más infección de herida quirúrgica. Conoce que cuando sea necesario rasurar, se recomienda preparar la piel en el quirófano 20 minutos, antes de la cirugía limpiando con clorhexidina, si no se dispone de clorhexidina se puede considerar el uso de povidona yodada revisa no esmalte en uñas, (GPC para la Seguridad del Paciente Quirúrgico Cataluña, 2010)			
Dimensión 2 Asepsia en la intervención Quirúrgica del programa de procedimientos seguros (OMS 2008) Competencia No. 4 y No 3 de las acciones de seguridad del paciente de acuerdo a la lista de verificación.			
1) El personal de enfermera, aplica la normativa institucional: vestimenta de ropa quirúrgica, en cuanto al material, como cubre bocas, el gorro que cubra todo el cabello, calzado cubierto con botas. El cubre bocas lo cambia cada 4 horas, y debe de ser de papel crepado. (desechable) no tela.			
2) El personal de Enfermería, aplica la NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, respetando las áreas de división área negra, área gris y área blanca.			
3) El lavado quirúrgico de manos se realiza en tres tiempos, este no debe tener los anillos, retirar el esmalte de uñas y las uñas artificiales antes de las intervenciones quirúrgicas			
4) Arreglo de mesas quirúrgicas: Mesa de Mayo: 1) Corte, 2) disección, 3) separación, 4) hemostasia y sutura. Mesa Riñón: 1) Área estéril, 2) Área húmeda 3) Área de retorno o séptica.			
5) Asepsia de sitio quirúrgico procedimiento de la técnica de limpieza en tres tiempos: 1) arrastre, 2) protección 3) protección segura			
6) La enfermera quirúrgica aplica de manera correcta: A) Calzado de bata y guantes con técnica cerrada B) Colocación de campos estériles. (GPC Intervenciones preventivas para la seguridad del paciente de la Secretaría de Salud en México). C) Posición quirúrgica del paciente. D) Instrumental y material quirúrgico de acuerdo al procedimiento quirúrgico E) Cuenta de textiles, instrumental, sangrado, control de líquidos			
7) La comprobación de la seguridad del aparato de anestesia y la medicación, para prevenir los daños derivados de la administración de la anestesia, al tiempo que protegen al paciente del dolor.			
8) Comprueba y se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida de la función respiratoria: a) aparatos de succión funcionando, b) oxígeno, d) monitores.			
9) La circulante de enfermería, confirmar en: a) Paciente confirmado expediente clínico, b) Identidad se confirma con el paciente el nombre, c) Sitio quirúrgico con marcaje quirúrgico, b) Consentimiento informado médico/quirúrgico y anestesia.			
Dimensión 3 Enfermería: Paciente correcto, Sitio correcto, cirugía correcta (Pausa quirúrgica) Competencia: Comunicación efectiva No. 2: comunicará eficazmente e intercambiará información sobre el paciente fundamental para que la operación se desarrolle de forma segura.			

10) Entrada del paciente al quirófano: a) Paciente confirmado, expediente clínico revisado y nota de registro de enfermería con Diagnóstico de enfermería presentes, b) Identidad se confirma con el paciente el nombre, c) Sitio quirúrgico con marcaje quirúrgico, b) Consentimiento informado medico/quirúrgico y anestesia, d) Profilaxis antibiótica.			
11) Entrada del paciente al quirófano: La enfermera circulante, solicita al Médico especialista que se presenten por su nombre y función que desarrollan en el proceso quirúrgico.			
12) El Médico Especialista contesta, la identidad del paciente, tipo de cirugía que se va abordar y previene los posibles riesgos del procedimiento, y se cerciora de la aplicación de medicamentos ordenados para la profilaxis antibiótica, terminando la explicación del proceso quirúrgico pregunta al equipo: a) El Médico anestesiólogo contesta, la identidad del paciente y el tipo de anestesia a utilizar comentando, desde la premeditación anestésica, ASA aplicada y clasificación de Mallampati o Patill Aldreti, utilizada previniendo los posibles riesgos.			
13) La enfermera instrumentista antes de la confirmación, realiza el arreglo de mesas quirúrgicas: Mesa de Mayo:1) Corte,2) disección, 3) separación, 4) hemostasia y sutura. Mesa Riñón: 1) Área estéril, 2) Área húmeda 3) Área de retorno o séptica.			
14)La enfermera instrumentista confirma al Médico Especialista: la cirugía programada, confirma la esterilización segura del instrumental y ropa quirúrgica a utilizar, el recuento de textiles, suturas, punzocortantes, confirma el uso del electrocauterio funcionando.			
15)La enfermera circulante realiza posterior a la anestesia aplicada al paciente, lleva a cabo en proceso la asepsia de sitio quirúrgico procedimiento de la técnica de limpieza en tres tiempos: 1) arrastre, 2) protección 3) protección segura y lo registra en la hoja de enfermera.			
16) La enfermera circulante registra en la hoja de enfermería esterilización segura del instrumental y ropa quirúrgica desechable (si procede) a utilizar, el recuento de textiles, suturas, y punzocortantes y vigila cubetas limpias de patadas antes del inicio de la cirugía.			
Dimensión 4: La enfermera instrumentista aplica una revisión continua del proceso quirúrgico en el Transoperatorio. Competencia 4: Procedimiento de Cirugía segura en el Transoperatorio			
1)La enfermera quirúrgica respeta y aplica barrera de área limpia, conservando campos limpios operatorios (cuida de no humedecer el área)			
2)La enfermera instrumentista conoce la técnica quirúrgica anticipándose, los tiempos quirúrgicos con instrumental seguro, sutura correcta y textil correcto, llevando la cuenta de instrumental y textil que entra a la cavidad del paciente.			
3) La enfermera instrumentista mantiene: a) el manejo del sitio quirúrgico, b)adecuar la intervención hemostática, c) Técnicas hemostáticas			
4)La enfermera circulante informa al médico especialista y anestesiólogo: la cuenta de entrada y salida hemodinámica del paciente (Gasas, compresas, aspirador)			
5)La enfermera circulante vigila, y controla la normo termia del paciente			
6)La enfermera circulante vigila y controla la hemoterapia del paciente.			
7)La enfermera Circulante realiza la cuenta de textiles junto con la enfermera instrumentista y contestando a la pregunta de cirujano si el material está completo , si falta alguna pinza y la de textiles.			
8) La enfermera circulante etiqueta muestras para estudio patológico (si procede)			
9) El cirujano pregunta si se tiene algún problema en del proceso quirúrgico: Anestesiólogo, enfermera instrumentista y enfermera circulante			
10)Notificación de eventos adversos es el registro de un evento adverso detectado en los sistemas de notificación establecidos en las unidades quirúrgicas: 1) Cuasi falla, 2) Evento adverso, 3) Evento centinela. (MIPRIN 2015)			
Dimensión 5: Valoración del paciente al final de la cirugía por el Cirujano, Anestesiólogo y enfermería.			
1)Enfermera circulante es la responsable de a)Mantener herida quirúrgica limpia b)Mantener drenes limpios (si aplica) c)Control de signos vitales)Mantener líneas vasculares permeables y limpias e) Registro del proceso en la nota de enfermería			
2)La enfermera circulante identifica las posibles etiquetas problemas (si aplica): a) Riesgo de lesión perioperatoria. b) Riesgo de perfusión tisular inefectiva (Cardiopulmonar, renal, cerebral, gastrointestinal, periférica).c) Riesgo de lesión. d)Patrón respiratorio ineficaz. e) Riesgo de aspiración. f) Deterioro de la integridad tisular. g)Deterioro de la mucosa oral			
3)La enfermera instrumentista, aplica desinfección terminal del proceso quirúrgico.			
4) La enfermera circulante lleva a cabo el registro de cirugía en formato institucional.			
¿Cuántas cirugías mayores se realizaron durante el periodo de investigación?			

CRONOGRAMA: “Aplicación de la normativa institucional en la lista de verificación de cirugía segura en un hospital de segundo nivel; 2019”, en el Hospital General, “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaria de Salud, Zihuatanejo Guerrero. durante el periodo Septiembre/octubre 2019

Anexo 5

[illegible]



Programa Guía para dar aplicar la normativa institucional de cirugía segura, por el personal de enfermería en la aplicación de la LVCS, en el Hospital General “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaria de Salud, Zihuatanejo Guerrero.

Justificación: La lista de verificación de cirugía segura (LVCS), es una herramientas para el personal de enfermería, en mejorar la seguridad del paciente, mediante la reducción del, número de eventos adversos en la peri operatoria, el personal de enfermería reconoce, que su cumplimiento no es fácil porque depende de varias personas del equipo de salud, a pesar de ello son conscientes de la necesidad de aplicarla.

La siguiente guía del programa de LVCS, se llevará a cabo dentro del área quirúrgica, por la Jefe del servicio de enfermería, reafirmando el cuidado, en la fase pre-quirúrgica, fase trans operatoria y fase posoperatoria inmediata.

Objetivo: Participar en la aplicación del personal de enfermería, del área quirúrgica, en el apego a la lista de verificación de cirugía segura en las intervenciones quirúrgicas de una cirugía mayor electiva en el Hospital General “Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez”, Secretaria de Salud, Zihuatanejo Guerrero.

Límites de tiempo: del 9 de marzo al 24 de abril 2020; de 8:00 a 10:00, presencia física en el proceso en cada cirugía mayor de gastroenterología.

Límites de espacio: Área quirúrgica abordando 1 día a la semana para la evaluación de los procesos correctos en el área quirúrgica utilizando la LVCS.

Organización:

A. Area quirúrgica.

B. Personal de enfermería.

Talento humano responsable: Jefe de servicio del área quirúrgica.

Talento humano responsable del programa: Enf. Esp. en Enfermería Médico Quirúrgica: Santos Hernández Rodríguez.

C. Talento Humano Asistente: Personal de enfermería de las area quirúrgica.

Supervisión: Supervisora de enfermería del área quirúrgica

Jefe médico del área de Cirugía.

Evaluación:

1. Lista de cotejo de la operación técnica realizada en cada una de las faces del perioperatorio.
2. Sesiones clínicas de 30 minutos un día a la semana, sobre la autoevaluación problemas de factores encontradas, para la aplicacion de la normative institucional de LVCS.
3. Sesiones clínicas mensuales de autoevaluación sobre las 8 acciones atención en la Seguridad del paciente de una hora, citado por la Coordinacion de Enseñanza en enfermería.

Anexo guía de carta programática

Fecha/hora	Acción de seguridad en el paciente	Competencia	Evidencia de aprendizaje
9-01-20	1) Identificación del paciente: con fecha de nacimiento.	Revisa Dispositivos de identificación: Brazaletes, expediente clínico, tarjeta de identificación en soluciones vía intravenosa, preguntando verbalmente el nombre al paciente.	La responsable del programa se instala como personal operativo y va señalando el proceso en LVCS.
9-01-20	2) Comunicación efectiva: 2.1. Identifica el expediente clínico (MECIC)	a) Nota preoperatoria con 8 criterios en el paciente quirúrgico: 1) Nota elaborada por el especialista que intervendrá la paciente, 2) Fecha y hora de la cirugía, 3) Diagnóstico, 4) Plan quirúrgico, 5) Tipo de intervención quirúrgica, 6) Riesgo quirúrgico, 7) Cuidados, 8) Plan terapéutico preoperatorio. 9) Compara lo solicitado y resultados de exámenes: a) laboratorio b) pruebas de imagen, c) Preparación de riesgo en derivados de sangre (si aplica)	Conoce los 8 criterios de especialidad médica en el protocolo de cirugía,
16-01-20	2.2. Identifica la utilización de la GPC (MECIC), y las Normas mexicanas relacionadas, con el entorno quirúrgico	para la Seguridad del Paciente Quirúrgico Cataluña, 2010 en la Nota preoperatoria del Médico, Anestesiólogo y Enfermería. Aplica las Normas mexicanas NOM-019-SSA3-2013, NOM-026-SSA3-2012, NOM-005-SSA3-2010, NOM-087-ECOL-SSA1-2002, NOM-045-SSA2-2005, NOM-004-SSA3-2012.	Evalúa la nota médica, de enfermería y anestesiología en uso de las guías de práctica clínica, que son el marco técnico operacional de las Normas mexicanas del ambiente peri operatorio.
16-01-20	2.3. Consentimiento informado (MECIC)	Hoja de consentimiento informado para la cirugía, c) Hoja de consentimiento informado de la anestesia	Observa y registra que el paciente haya confirmado su consentimiento, en la nota de enfermería.
16-01-20	2.4. Nota de anestesia(MECIC)	Evaluación anestésica: Clasificación ASA, clasificación de Mallampati o Patill Aldreti	Identifica la valoración anestésica y participa en el cuidado de enfermería, de la medicación, pre anestésica.
16-01-20	2.5. Nota de enfermería(MECIC)	Revisa la Nota de visita de enfermera quirúrgica en el pre-operatorio: Utiliza los Patrones funcionales de Gordon, DX NANDA y los objetivos e intervenciones de enfermería en temor, Riesgo de infección, Dolor	Registra los Dx Nanda señalados en la guía, clasificando la estandarización y de dolor, semaforización de riesgo de caídas, úlceras por lesión.

		agudo, Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos, Riesgo de náuseas.	
23-01-20	3) Seguridad en el proceso de medicación	Semaforización de medicamentos de alto riesgo. Control de medicamentos por bitácora. Requisitos de orden médica escrita y verbal. Rotular medicamentos con nombre completo del paciente y fecha de nacimiento. Verificar alergias presentes. 6 correctos de los medicamentos Colocar alertas visuales en nombres parecidos y/o ampollas o frascos de los medicamentos. Registro de omisión de medicamentos Doble verificación de los medicamentos. Requisitos en las solicitudes de nutrición parenteral. Medicamentos del paciente que traen desde su casa resguardarlos.	Verificar el manual de acciones esenciales para la seguridad del paciente de la Secretaría de Salud No. 3
30-01-20	4) Procedimiento correcto en el preoperatorio: 4.1. Marcaje quirúrgico	Identifica y evalúa la Preparación quirúrgica y marcaje quirúrgico, confirma baño preoperatorio que se realiza como mínimo noche anterior a la intervención, revisa no esmalte en uñas.	Revisa nota quirúrgica preoperatoria del pase de visita de la enfermera quirúrgica.
30-01-20	4.2. Preparación de la piel	Conoce que cuando sea necesario rasurar, se recomienda preparar la piel en el quirófano 20 minutos. Valora y confirma que el uso de cuchilla se asocia con más infección de herida quirúrgica. Conoce que cuando sea necesario rasurar, se recomienda preparar la piel en el quirófano 20 minutos, antes de la cirugía limpiando con clorhexidina, si no se dispone de clorhexidina se puede considerar el uso de povidona yodada revisa no esmalte en uñas, (GPC para la Seguridad del Paciente Quirúrgico Cataluña, 2010)	Identifica los antisépticos, desinfectantes, y lleva a cabo el uso correcto de los mismos.
30-01-20	4.3. Ropa quirúrgica del paciente .	Confirma y proporciona si el paciente, cuenta con ropa apropiada que permita el fácil acceso al sitio quirúrgico, así como la colocación de	Confirma la ropa del paciente y la coloca de manera segura y confiable , para su uso en el trans operatorio.

		dispositivos para monitoreo y accesos vasculares	
6-02-20	5)Asepsia en la intervención Quirúrgica del programa de procedimientos seguros (OMS 2008) Competencia No. 4 y No 3 de las acciones de seguridad del paciente de acuerdo a la lista de verificación.	El personal de enfermera, aplica la normativa institucional: vestimenta de ropa quirúrgica, en cuanto al material, como cubre bocas, el gorro que cubra todo el cabello, calzado cubierto con botas. El cubre bocas lo cambia cada 4 horas, y debe de ser de papel crepado. (desechable) no tela.	El personal de enfermería cumple la norma institucional del uniforme quirúrgico.
		El personal de Enfermería, aplica la NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, respetando las áreas de división área negra, área gris y área blanca.	El personal de enfermería cumple la norma institucional de las áreas del quirófanos.
6-02-20	5.1.Enfermera circulante	La circulante de enfermería, confirmar en: a) Paciente confirmado expediente clínico, b) Identidad se confirma con el paciente el nombre, c) Sitio quirúrgico con marcaje quirúrgico, b) Consentimiento informado medico/quirúrgico y anestesia.	Se presenta con el paciente por su nombre y confirma identificación del paciente en el quirófanos.
13-02-20	5.2,Lavado quirúrgico	El lavado quirúrgico de manos se realiza en tres tiempos, este no debe tener los anillos, retirar el esmalte de uñas y las uñas artificiales antes de las intervenciones quirúrgicas	Realiza en forma acertada el lavado quirúrgico de manos.
13-02-20	5.3.Arregla de mesas	Arreglo de mesas quirúrgicas: Mesa de Mayo:1) Corte, 2) disección, 3) separación, 4) hemostasia y sutura. Mesa Riñón: 1) Área estéril, 2) Área húmeda 3) Área de retorno o séptica	Confirma áreas de las mesas quirúrgicas, colocando el material en su respectiva función.
20-02-20	5.4.Anestesia.	La comprobación de la seguridad del aparato de anestesia y la medicación, para prevenir los daños derivados de la administración de la anestesia, al tiempo que protegen al paciente del dolor. Comprueba y se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida de la función respiratoria: a) aparatos de succión funcionando, b)oxigeno, d)monitores	Identifica que el anesthesiólogo comprueba la funcionalidad del equipo.

	5.5. Enfermera circulante, en el campo operatorio.	Entrada del paciente al quirófanos: a) Paciente confirmado, expediente clínico revisado y nota de registro de enfermería con Diagnóstico de enfermería presentes, b) Identidad se confirma con el paciente el nombre, c) Sitio quirúrgico con marcaje quirúrgico, b) Consentimiento informado médico/quirúrgico y anestesia, d) Profilaxis antibiótica	Confirmación de la cirugía a realizar.
27-02-20	5.6. Asepsia del sitio quirúrgico y posición correcta del paciente.	La enfermera circulante realiza posterior a la anestesia aplicada al paciente, lleva a cabo en proceso la asepsia de sitio quirúrgico procedimiento de la técnica de limpieza en tres tiempos: 1) arrastre, 2) protección 3) protección segura y lo registra en la hoja de enfermera. La enfermera circulante registra en la hoja de enfermería esterilización segura del instrumental y ropa quirúrgica desechable (si procede) a utilizar, el recuento de textiles, suturas, y punzocortantes y vigila cubetas limpias de patadas antes del inicio de la cirugía	Se asegura de seguir la normativa de asepsia quirúrgica.
5-03-20	5.7. Enfermería quirúrgica en el campo operatorio.	La enfermera quirúrgica aplica de manera correcta: E) Calzado de bata y guantes con técnica cerrada F) Colocación de campos estériles. (GPC Intervenciones preventivas para la seguridad del paciente de la Secretaría de Salud en México). G) Posición quirúrgica del paciente. H) Instrumental y material quirúrgico de acuerdo al procedimiento quirúrgico E) Cuenta de textiles, instrumental, sangrado, control de líquidos.	Cumple la normativa técnica operativa y científica del arreglo de material e insumos.
	5.7. Enfermería quirúrgica en el campo operatorio	La enfermera instrumentista antes de la confirmación, realiza el arreglo de mesas quirúrgicas: Mesa de Mayo: 1) Corte, 2) disección, 3) separación, 4) hemostasia y sutura. Mesa Riñón: 1) Área estéril, 2) Área	Evalúa el arreglo de mesas y apoya en las debilidades encontradas de conocimiento a la enfermera instrumentista.

		húmeda 3) Área de retorno o séptica.	
12-03-20	6.Pausa quirúrgica	Enfermería: Paciente correcto, Sitio correcto, cirugía correcta (Pausa quirúrgica) Competencia: Comunicación efectiva No, 2: comunicará eficazmente e intercambiará información sobre el paciente fundamental para que la operación se desarrolle de forma segura	Realiza la pausa quirúrgica
12-03-20	6.1.La enfermera circulante en la pausa quirúrgica	Entrada del paciente al quirófanos: La enfermera circulante, solicita al Médico especialista que se presenten por su nombre y función que desarrollan en el proceso quirúrgico	Confirmación del médico Especialista
19-03-20	6.2.Médico especialista	El Médico Especialista contesta, la identidad del paciente, tipo de cirugía que se va abordar y previene los posibles riesgos del procedimiento, y se cerciora de la aplicación de medicamentos ordenados para la profilaxis antibiótica, terminando la explicación del proceso quirúrgico pregunta al equipo: a) El Médico anestesiólogo contesta, la identidad del paciente y el tipo de anestesia a utilizar comentando, desde la premeditación anestésica, ASA aplicada y clasificación de Mallampati o Patill Aldreti, utilizada previniendo los posibles riesgos.	Solicitud del médico especialista para verificar , si el personal ha cumplido el protocolo quirúrgico
26-03-20	6.3.Enfermera instrumentista	La enfermera instrumentista confirma al Médico Especialista: la cirugía programada, confirma la esterilización segura del instrumental y ropa quirúrgica a utilizar, el recuento de textiles, suturas, punzocortantes, confirma el uso del electrocauterio funcionando	Confirma enfermera instrumentista.
26-03-20			
2-04-20	7. La enfermera instrumentista, aplica una revisión continua del proceso quirúrgico en el trans operatorio. 7.1. Procedimiento de Cirugía segura en el trans operatorio:	Técnica quirúrgica de entrega al médico cirujano material y textiles por planos quirúrgicos.	Evalúa la correcta técnica de: -Arreglo de campos. -Arreglo de mesas. -Entrega de bisturí. -Uso de lápiz electrónico cauterizante, -Uso de separación. -Uso de pinzas cortas.

	7.2. Barrera en el entorno quirúrgico. 7.3. Técnica quirúrgica. 7.4. Cuenta de material instrumental y textiles 7.5. Seguridad del sitio quirúrgico		-Uso de pinzas largas. -Uso de tijeras -Uso de suturas. -Uso de compresas húmedas tibias. - Uso de pinzas montadas. - Uso de drenajes. -Uso de limpieza de cavidad. - Uso de suturas para el cierre de cavidad y pared.
9-04-20	8.Enfermera circulante en el trans operatorio: 8.1. Control hemodinámico 8.2. Monitoreo de signos vitales 8.3 Control de instrumental y textiles.	La enfermera circulante informa al médico especialista y anesthesiólogo: la cuenta de entrada y salida hemodinámica del paciente (Gasas, compresas, aspirador) La enfermera circulante vigila, y controla la normo termia del paciente La enfermera circulante vigila y controla la hemoterapia del paciente La enfermera Circulante realiza la cuenta de textiles junto con la enfermera instrumentista y contestando a la pregunta de cirujano si el material está completo, si falta alguna pinza y la de textiles, La enfermera circulante etiqueta muestras para estudio patológico (si procede)	Muestras patológicas evidenciadas con etiqueta con nombre completo y fecha de nacimiento, operación realizada piza quirúrgica. Registro hemodinámico evidenciado. Registros de Diagnóstico de enfermería e intervenciones en el cuidado aplicados.
9-04-20	9. Médico Cirujano pregunta a enfermería y anesthesiólogo	El cirujano pregunta si se tiene algún problema en del proceso quirúrgico: Anesthesiólogo, enfermera instrumentista y enfermera circulante	Confirma la acción del médico cirujano.
16-04-20	10.Notofocacion de eventos adversos (formatos)	Notificación de eventos adversos es el registro de un evento adverso detectado en los sistemas de notificación establecidos en las unidades quirúrgicas: 1) Cuasi falla, 2) Evento adverso, 3) Evento centinela. (MIPRIN 2015), La enfermera circulante lleva a cabo el registro de cirugía en formato institucional.	Confirma registros.
23-04- 20	11.Valoración del paciente al final de la cirugía por el Cirujano,	Realiza nota trans operatorio Cirujano, Anesthesiólogo y enfermería	Confirma registros.

	Anestesiólogo y enfermería		
23-04-20	11. Enfermera circulante en posoperatorio inmediato: 11.1.Seguridad pos operatoria inmediata,	Enfermera circulante es la responsable de a) Mantener herida quirúrgica limpia b) Mantener drenes limpios (si aplica) c) Control de signos vitales) Mantener líneas vasculares permeables y limpias e) Registro del proceso en la nota de enfermería La enfermera circulante identifica las posibles etiquetas problemas (si aplica): a) Riesgo de lesión perioperatoria. b) Riesgo de perfusión tisular inefectiva (Cardiopulmonar, renal, cerebral, gastrointestinal, periférica).c) Riesgo de lesión. d)Patrón respiratorio ineficaz. e) Riesgo de aspiración. f) Deterioro de la integridad tisular. g)Deterioro de la mucosa oral	Valora al paciente: a) Signos vitales. b) Control de líquidos. c) Venopunción periférica permeable con sueroterapia fluyendo. d) Herida quirúrgica e) Dx de enfermería presentes.
30-04-20	Desinfección final	La enfermera instrumentista, aplica desinfección terminal del proceso quirúrgico.	Revisión del proceso de desinfección.

