

Trabajo de Investigación

Apego del personal de enfermería del área quirúrgica a la lista de verificación para la Seguridad de la Cirugía mayor electiva, en un Hospital de segundo Nivel; 2019.

Presenta:

Estudiantes De La Especialidad de Gestión y Docencia de Enfermería:

Lic. Enf: Ma. Antonia Medina Estrada

Director Interna: M.C.E Eva Barrera Garcia

Grupo Disciplinar: La bioseguridad en Enfermería.

LGAC: Calidad en los Procesos de bioseguridad en enfermería.

LGAC de Gestión y Docencia: Calidad en Gestion y Docencia en Enfermería.

Acapulco, Guerrero a 29 de Enero del 2020

Índice

	Pág.
Resumen.....	li
Introducción.....	1
Capítulo 1 Generalidades de la Investigación.....	2
1.1. Planteamiento del problema.....	2
1.2. Preguntas de investigación	4
1.3. Objetivo General.....	5
1.3.1Objetivos específicos.....	5
1.4. Hipótesis.....	5
1.5. Justificación.....	6
1.6. Contexto de la investigación.....	8
1.6.1. Municipio de Acapulco Guerrero.	8
1.6.2. Hospital General Regional Vicente Guerrero del Instituto Mexicano del Seguro Social.	10
1.6.3. Antecedentes de las investigaciones de Lista de verificación de Cirugía Segura.....	12
Capítulo 2 Marco Teórico.....	16
2.1. Estado del arte.....	16
2.1.1. Marco Histórico de Cirugía segura.....	16
2.1.2. Conceptos del Marco de Cirugía Segura.....	18
2.1.3. Marco Legal en la lista de Verificación de Cirugía Segura.....	20
2.1.4. Protocolo Universal Perioperatorio en el paciente quirúrgico.....	23
2.1.4.1. Marcado del sitio anatómico.	24
2.1.4.2. Proceso de verificación pre-procedimiento.....	24
2.1.4.3. Tiempo fuera o “time-out”.....	25
2.1.4.4. El acto quirúrgico.....	26
2.1.4.5. El equipo quirúrgico.	27
2.1.4.6. Sistema del trabajo en la organización quirúrgica.....	28

2.1.4.7. La enfermera instrumentista.	29
2.1.4.8. La enfermera circulante.	31
2.1.4.9. Asistencia al paciente anestesiado y cuidados de colaboración...	31
2.1.4.10.1 Enfermería en el posoperatorio.....	32
Capítulo 3 Metodología de la investigación.	32
3.1. Tipo.....	32
3.1.2.Tiempos de ocurrencia y hechos de registro.....	34
3.1.3.Periodo y secuencia del estudio.....	35
3.1.4 Matriz de análisis de variable (cuadro 1).....	34
3.1.5.Universo y Muestra.....	42
3.1.6. Instrumento utilizado.....	42
Capítulo 4 Plan de Acción e Intervención.	46
Capítulo 5 Interpretación de resultados	50
Capítulo 6 Propuestas y Conclusiones.....	94
Bibliografía.....	96
Anexos:	102
Oficio de solicitud de trabajo de campo (anexo 1)	103
Formato de consentimiento informado enfermería (anexo 2).....	104
Formato de consentimiento informado paciente (anexo 3).....	105
Propuesta de programa de intervención (anexo 4).....	106
Cronograma de trabajo (anexo 5).....	111
.	
Índice de cuadros	
Cuadro 1 Matriz de análisis de variables.....	37
Cuadro 2 Tiempos y movimientos de recolección de datos.....	45
Índice de tablas:	
Tabla 1 Análisis del Alfa de Cron Bach, ya que no representan variables, si no constantes.	50

Resultados Cuadros y gráficos simples.

Tabla 2 y gráfico 1. Nivel académico del personal de enfermería del área quirúrgica.....	51
Tabla 3 y gráfico 2. Turno del personal de enfermería del área quirúrgica.	52
Tabla 4 y gráfico 3. Código laboral del personal de enfermería del área quirúrgica.	52
Tabla 5 y gráfico 4 .Edad del personal de enfermería del área quirúrgica..	53
Tabla 6 y gráfico 5. Género del personal de enfermería del área quirúrgica con grafico 5.....	54
Tabla 7 y grafico 6. Dimensión I: Valoración perioperatoria de procedimientos seguros, antes de la inducción de la anestesia.....	55
Tabla 8 y gráfico 7. Dimensión 2: Asepsia en la intervención quirúrgica del programa de procedimientos seguros.	57
Tabla 9 y gráfico 8.Dimension 3: Enfermería, paciente correcto, sitio correcto, cirugía correcta (pausa quirúrgica)	59
Tabla 10 y gráfico 9. Dimensión 4: Procedimiento de cirugía segura en el trans- operatorio.	61
Tabla 11 y gráfico 10. Dimensión 5: Valoración del paciente al final de la cirugía por el cirujano, anestesiólogo y enfermería.	63
Resultados en cruce de variables	
Tabla12 y gráfico 11. Nivel académico del personal de enfermería del área quirúrgica con la dimensión I: Competencia en la identificación del paciente (I) y la comunicación efectiva (CE)	64
Tabla13 y gráfico 12: Nivel académico del personal de enfermería del área quirúrgica, con la dimensión 2: Asepsia en la intervención quirúrgica del programa de procedimientos seguros.	65
Tabla 14 y gráfico 13: Nivel académico del personal de enfermería del área quirúrgica, con la dimensión 3 : Enfermería, paciente correcto, sitio correcto, cirugía correcta (pausa quirúrgica)	66

Tabla15 y gráfico 14: Nivel académico del personal de enfermería del área quirúrgica, con la dimensión 4: Procedimiento de cirugía segura en el trans-operatorio.	67
Tabla 16 y gráfico 15: Nivel académico del personal de enfermería del área quirúrgica, con la dimensión 5: Valoración del paciente al final de la cirugía por el cirujano, anestesiólogo y enfermería.....	68
Tabla 17 y gráfico 16: Nivel académico del personal de enfermería del área quirúrgica, y las variables de evaluación total.....	69
Tabla 18 y gráfico 17: Número de personal de enfermería por los turnos matutino y vespertino con la dimensión I competencia en la identificación del paciente (I) y comunicación efectiva(CE)	70
Tabla 19 y gráfico 18: Número de personal de enfermería por los turnos matutino y vespertino con la dimensión 2: Asepsia en la intervención quirúrgica del programa de procedimiento seguro.	71
Tabla 20 y gráfico 19: Número de personal de enfermería por los turnos matutino y vespertino con la dimensión 3: Enfermería, paciente correcto, sitio correcto, cirugía correcta (pausa quirúrgica).	72
Tabla 21 y gráfico 20: Número de personal de enfermería por los turnos matutino y vespertino con la dimensión 4: Procedimiento de cirugía segura en el trans-operatorio.	73
Tabla 22 y gráfico 21: Número de personal de enfermería por los turnos matutino y vespertino con la dimensión 5: Valoración del paciente al final de la cirugía por el cirujano, anestesiólogo y enfermería.....	74
Tabla23 y gráfico 22: Número de personal de enfermería por los turnos matutino y vespertino con la dimensión y la evaluación total.....	75
Tabla 24 y gráfico 23: Edad del personal de enfermería del área quirúrgica, con la dimensión I: Competencia en la identificación del paciente (I), comunicación efectiva (CE).	76
Tabla 25 y gráfico 24: Edad del personal de enfermería del área quirúrgica, con dimensión 2: Asepsia en la intervención quirúrgica del programa de procedimientos seguros.	77

Tabla 26 y gráfico 25: Edad del personal de enfermería del área quirúrgica, con dimensión 3: Enfermería, paciente correcto, sitio correcto, cirugía correcta (pausa quirúrgica).....	78
Tabla 27 y gráfico 26: Edad del personal de enfermería del área quirúrgica, con dimensión 4: Procedimiento de cirugía en el trans-operatorio.	79
Tabla28 y gráfico 27: Edad del personal de enfermería del área quirúrgica, con dimensión 5: Valoración del paciente al final de la cirugía por el cirujano, anestesiólogo, y enfermería.	80
Tabla29 y gráfico 28: Edad del personal de enfermería del área quirúrgica y la evaluación total.	81
Tabla30 y gráfico 29: Género del personal de enfermería del áreaquirúrgica con la dimensión I referente a las competencias en la identificación del paciente (I) y comunicación efectiva (CE).	82
Tabla 31 y gráfico 30: Género del personal de enfermería del área quirúrgica con la dimensión 2 de asepsia en la intervención, quirúrgica del programa de procedimientos seguros.	83
Tabla 32 y gráfico 31: Género del personal de enfermería del área quirúrgica con la dimensión 3: Enfermería, paciente correcto, sitio correcto, cirugía correcta (pausa quirúrgica)	84
Tabla 33 y gráfico 32: Género del personal de enfermería del área quirúrgica con la dimensión 4: Referente a procedimiento de cirugía segura en el trans-operatorio.	85
Tabla 34 y gráfico 33: Género del personal de enfermería del área quirúrgica con la dimensión 5: Valoración del paciente al final de la cirugía por el cirujano, anestesiólogo y enfermería.	86
Tabla 35 y gráfico 34: Género del personal de enfermería del área quirúrgica y la evaluación total.	87
Tabla 36 y gráfico 35: Evaluación de la dimensión 2 con asepsia en la intervención quirúrgica del programa de procedimientos seguros.	88

Tabla 37 y gráfico 36: Evaluación de la dimensión 2: Asepsia en la intervención quirúrgica del programa de procedimientos seguros.....	89
Tabla 38 y gráfico 37: Evaluación de la dimensión 3: Enfermería, paciente correcto, sitio correcto, cirugía correcta (pausa quirúrgica).....	90
Tabla 39 y gráfico 38: Evaluación de la dimensión 4: Procedimiento de cirugía segura en el trans-operatorio.	91
Tabla 40 y gráfico 39: Evaluación de la dimensión 5: Valoración del paciente al final de la cirugía por el cirujano anesthesiologo y enfermería...	92
Tabla 41 y grafico 40: Evaluación total de la lista de verificación de cirugía segura.	93

Resumen:

La verificación de lista de cirugía segura en el servicio de quirófanos, en el Hospital General Regional del Instituto Mexicano del Seguro Social, es considerada la esencia de prevención de riesgos y peligros que puede sufrir un paciente programado para cirugía mayor, el trabajo de investigación titulado: “Apego del personal de enfermería del área quirúrgica a la lista de verificación para la Seguridad de la Cirugía mayor electiva, en un Hospital de segundo Nivel;” se realiza con el objetivo general de: evaluar al personal de enfermería del área quirúrgica en el apego a la LVCS, para verificar el uso de la misma, en las intervenciones quirúrgicas de una cirugía mayor electiva en el Hospital General Regional No. 1, Vicente Guerrero del IMSS. Metodología: **Observacional, transversal, probabilística, exploratoria y cuantitativa**. En los turnos matutino, vespertino, y variable independiente: se toma una muestra sistémicas, de enfermeras que intervienen como enfermera: en pre-operatorio, instrumentista, circulante; es de **tipo cuantitativa** por que se determina tamaño de **la muestra 24 enfermeras 7 especialistas y 17 licenciados en enfermería, de un universo de 29** del personal de enfermería que participan en el proceso perioperatorio; se utiliza la **exploración** donde se formulan preguntas para la seguridad del paciente en el paciente quirúrgico, del cumplimiento del LVCS. **Resultados:** Al cruzar las variables el turno y evaluación en el apego a la LVCS en las intervenciones quirúrgicas de una cirugía mayor electiva, se encontró que el personal del turno matutino el 76.9% su evaluación fue regular y el 23.1% fue bueno. El personal de enfermería del turno vespertino, el 63.6% obtuvo una evaluación de regular en general y el 36.4% fue bueno; respecto a la identificación y comunicación hacia el paciente se encontró que el 87.50% tuvo una evaluación regular sobre la identificación y comunicación hacia el paciente. Y un 12.5% del personal de enfermería fue buena; en cuanto al cumplimiento de la asepsia en la intervención quirúrgica el 100% del personal enfermero del área quirúrgica tuvo una evaluación bueno; en la evaluación de paciente correcto, sitio correcto, cirugía correcta (pausa quirúrgica), se encontró que el 83.33% del personal enfermero del área quirúrgica tuvo evaluaron en regular, mientras que el 4.17% evaluó en malo y solo el 12.50% su evaluación fue de bueno: la cirugía segura en el trans-operatorio se encontró que el 70.83% del personal de enfermería lo regular, y un 29.17% del personal enfermero del fue evaluado como bueno, en cuanto a la valoración del paciente al final de la cirugía por el cirujano, anestesiólogo y enfermería, se encontró que el 79.17% del personal del área quirúrgica tuvo una evaluación de regular y el 20.83% su evaluación fue bueno. Conclusión:

Palabras claves: Cirugía segura, Lista de verificación, apego, acciones de seguridad.

Introducción:

El trabajo de investigación presentado, parte de la pregunta de investigación , ¿cual es apego del personal de enfermería del área quirúrgica a la lista de verificación de cirugía segura?; por ello 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 en donde Ernest A. Señala los siguiente: 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 implementadas por la OMS, y además la posición de apego, que guarda el talento humano de enfermería en el Hospital Regional Vicente Gro. Del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Estado de Guerrero (IMSS) respecto a la LVCS.

En el estado del arte, el marco se conceptúa 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 Perioperatoria, 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, y como estudiante de la especialidad en la gestión del cuidado y la función docente, se desarrolla el pensamiento científico critico de enfermería, para realizar una práctica transformadora implementando, un Programa Guía para apego del personal de enfermería en la aplicación de la LVCS, en el Hospital Regional No. 1 Vicente Guerrero IMSS.

Capítulo 1 Generalidades de la Investigación:

En el presente 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, garantizar una práctica clínica segura exige alcanzar tres objetivos: identificar procedimientos clínicos y diagnósticos terapéuticos, son los más eficaces. Garantizar que se apliquen a quién los necesita y que se realizan correctamente y sin errores es la meta (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 perioperatorio.

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-incorreto, 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) lanza la iniciativa “La cirugía segura salva vidas” la cual surge como una alianza mundial para la seguridad del paciente (2004), en donde 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)

El Hospital General Regional Vicente Guerrero(HGR), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Acapulco Guerrero, cuenta con 9 quirófanos, de los cuales 7 son para cirugía electiva 1 para urgencias medico quirúrgicas y otro para urgencias obstétricas, cada quirófano cuenta con su equipo quirúrgico de 1 Médico especialista, 1 anestesiólogo, 1 Medico interno como 1er ayudante, 1 enfermera instrumentista, 1 enfermera circulante; se realizó la Investigación, del “apego del personal del personal de enfermería, del área quirúrgica a la lista de verificación para la Seguridad de la Cirugía mayor”, para hacer realidad que una “cirugía segura salva vidas”; y para conocer como se estaba realizando la LVCS, y que factores predisponían 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 consideró 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 HGR No. 1 Vicente Guerrero IMSS, en Acapulco Guerrero, aplica la lista de chequeo dirigido por normativa institucional por la enfermera circulante , por ello se planteó la siguiente pregunta de investigación:

1.2 Pregunta de Investigación:

¿Cuál es el apego del personal enfermería del área quirúrgica en la lista de verificación de cirugía segura en las intervenciones quirúrgicas de una cirugía mayor electiva en el Hospital General Regional No? 1, Vicente Guerrero del IMSS?

1.3 Objetivo General

Evaluar al personal de enfermería área quirúrgica en el apego a la lista de verificación de cirugía segura, para verificar el uso de la misma, en las intervenciones quirúrgicas de una cirugía mayor electiva en el Hospital General Regional No. 1, Vicente Guerrero del IMSS.

1.3.1 Objetivos específicos

1.3.1.1. Valorar al personal de enfermería del área quirúrgica, para conocer en el apego a la lista de verificación de cirugía segura en las intervenciones quirúrgicas de una cirugía mayor electiva en el Hospital General Regional No. 1, Vicente Guerrero del IMSS

1.3.1.2. Evaluar la aplicación del personal de enfermería del área quirúrgica, en el apego a la lista de verificación de cirugía segura, para vincular la calidad del cuidado de enfermería en las intervenciones quirúrgicas de una cirugía mayor electiva en el Hospital General Regional No. 1, Vicente Guerrero del IMSS

1.3.1.3. Participar en la aplicación del personal de enfermería, con un programa guía de intervención, del área quirúrgica, para fortalecer en el apego a la lista de verificación de cirugía segura en las intervenciones quirúrgicas de una cirugía mayor electiva en el Hospital General Regional No. 1 Vicente Guerrero del IMSS

1.4 Hipótesis:

El proceso de aplicación, de la lista de verificación de cirugía segura permite al personal de enfermería del equipo quirúrgico, un diálogo continuo para abordar problemas, ineficiencias y escepticismos en las intervenciones quirúrgicas de una cirugía mayor electiva que se realiza en el Hospital General Regional No. 1, Vicente Guerrero del IMSS.

1.5. Justificación:

El cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, permitirá 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 Lista de Verificación de Cirugía Segura 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 Gestión y Docencia en Enfermería, en concordancia con la propuesta en el manual de cirugía del área quirúrgica HGR Vicente Gro del IMSS, se logró identificar el apego del personal del área quirúrgica mediante el presente estudio; además nos ayuda a verificar el primero el cumplimiento de la normatividad institucional y segundo el cumplimiento de la misma, tercero el cuidado humano aplicando la lista de verificación de cirugía

segura y como la cuarta acción de la seguridad de los procedimientos, señalada por la OMS en seguridad del paciente en el proceso perioperatorio.

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, la cual 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 muestran una mortalidad por evento adverso de 5-10% en operaciones de cirugía mayor, con una tasa de mortalidad del 0,5-5%, estos resultados impulsaron el trabajo de investigación en el servicio de quirófanos, cuya clasificación entran todas las tipificadas como cirugía general.

Los resultados, nos permiten, describir como realiza el personal de enfermería del equipo quirúrgico la aplicación de la lista de verificación de Cirugía Segura, 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 Acapulco Guerrero:

Localizado en la costa del Pacífico, el estado de Guerrero comprende una extensión territorial de 63,794 km² y está provisto de 485 Km de litoral. Cuenta además con las islas de Ixtapa, Apies, Islas Blancas, Pájaros, Caballos y La Roqueta; y con los islotes, Farallón del Obispo, Morro, Frailes Blancos e Islote de San Gabriel. Su frontera está delimitada al noroeste con Michoacán de Ocampo; al norte con el Estado de México y Morelos; al este con Puebla y Oaxaca y al sur con el Océano Pacífico. Guerrero presenta numerosas y accidentadas serranías. Asimismo, del Eje Volcánico nacen tres sierras, la Sierra Sultepec, la Sierra Zacualpan y la Sierra de Taxco; en las cuales podemos encontrar abundantes minerales como oro, hierro, plomo, plata y fluorita. Las principales elevaciones localizadas en el estado son Cerro Tiotepic con una altura de 3,550 metros sobre el nivel del mar, Cerro Tlacotepec con 3,320 msnm, Cerro Zacatonal con 3,300 msnm, Cerro Pelón y Cerro Piedra Ancha cada uno con 3,100 msnm, Cerro el Baúl con 3,060 msnm y Cerro El Naranja con 3,000msnm.

En cuanto a hidrografía, Guerrero posee numerosos ríos y lagunas. En la vertiente norte, delimitada por el paso de la Sierra Madre del Sur, fluyen los ríos Balsas, Nexapa, Amacuzac, Cuetzala, de Cocula, Tepecoacuilco o Huitzuc, entre otros; mientras que a la vertiente del sur pertenecen los ríos Unión, de Ixtapa, Jeronimito, Tecpan, San Luis, Petatlán, Coyuquilla, y otros. Cuatro lagunas separadas del océano Pacífico por el cordón litoral se localizan dentro de sus costas, Laguna de Potosí, Laguna de Nusco, Laguna de Coyuca y Laguna de Mitla. Además de contar con dos famosas y turísticas bahías, la bahía de Acapulco y la bahía de Ixtapa. Con clima tropical, cálido y lluvioso, en la costa y zonas bajas se desarrolla una exuberante vegetación con cazahuate, bocote, palo mulato, amates, ceibas, pochote. Mientras que en los altos bosques de coníferas encontramos pino lacio y chino, ocote, encino memelita y nopis; dentro de un clima más templado. De igual forma, la época de lluvias en el estado abarca de junio a septiembre. La fauna más representativa son boas, águilas, codorniz, ardilla, gato montés, coyote, jabalí, tejón, tlacuache, venado,

zorrillo y otros. Mar adentro habitan cazones, tortugas, atún, baqueta, barrilete, lenguado y lisa

El municipio de Acapulco, se localiza al sur de la capital del estado, a 133 Km de distancia de Chilpancingo, se ubica entre los paralelos 16°41´ y 17°13´ de latitud norte, los 99°32´ y 99°58´ de longitud oeste, limita al norte con los municipios de Chilpancingo y Juan R. Escudero (Tierra Colorada), al sur con el océano Pacífico, al oriente con el municipio de San Marcos y al poniente con el municipio de Coyuca de Benítez; el clima tropical en Acapulco ofrece muy buenas condiciones para el turismo con unas temperaturas alrededor de 25 grados promedio al año. Lluvias se concentran durante el verano, el invierno es seco y brinda un clima ideal para los viajeros, cuenta con una gran variedad de deportes acuáticos, como la pesca, velar, bucear, surfear y muchos otros, Acapulco ofrece también una buena selección de actividades terrestres como, paseos, golf, aventuras selváticas y visitas de sus atractivos turísticos. La vida nocturna y los restaurantes en Acapulco son de primera y dan al viajero la oportunidad de divertirse durante toda la noche. Antros, bares y conciertos son accesibles durante todo el año. Quien busca la cultura más sofisticada tiene con la casa de la cultura, el centro de convenciones de Acapulco una gran alternativa disfrutando de presentaciones culturales como danza, teatro formal y musicales

1.6.2. Hospital General Regional Vicente Guerrero del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

El IMSS, es la institución con mayor presencia en la atención a la salud y en la protección social de los mexicanos desde su fundación en 1943, para ello, combina la investigación y la práctica médica, con la administración de los recursos para el retiro de sus asegurados, para brindar tranquilidad y estabilidad a los trabajadores y sus familias, ante cualquiera de los riesgos especificados en la Ley del Seguro Social. Hoy en día, más de la mitad de la población mexicana, tiene algo que ver con el Instituto, hasta ahora, la más grande en su género en América Latina, actualmente con una cobertura del 60 % de la población total del país, conforme al artículo 5 de la propia ley del seguro social, el IMSS tiene la noble misión de organizar y administrar el

seguro social en el mejor interés de todos los trabajadores y sus familiares, por ello el seguro se constituye como un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, cuya administración está integrada de manera tripartita, pues concurren representantes de los trabajadores, de los patrones y del gobierno federal.

En el estado de Guerrero inicia a partir de julio de 1957 como Casa de la Asegurada; ubicada en Av. Cuauhtémoc No. 95 del centro de la ciudad y puerto de Acapulco, Gro.; otorgando servicios subrogados, poco después en 1964 se convierte en la Unidad de medicina familiar, consulta externa de especialidad, Urgencias, laboratorio y gabinete, así como el de hospitalización en medicina interna, cirugía, pediatría, ginecobstetricia y medicina física y de rehabilitación, transformándose en Hospital General Regional de segundo nivel (H.G.R.) con el nombre de “Vicente Guerrero”.

Para el año de 1991, cambia sus instalaciones a la Av. Ruiz Cortines S/n colonia Alta Progreso, se localiza en el municipio de Acapulco de Juárez. Su clima predominantemente es subhúmedo cálido, con una temperatura media anual es de 28°C, y una mínima de 22°C. Su código postal es 39610 y su clave lada es 744 Colonias que comparten el código postal 39610: colonia Francisco Villa, colonia Margarita de Gortari, colonia 6 de enero, colonia Burócrata, colonia Revolución del Sur, colonia Altamira, ampliación Altamira Norte, colonia Panorámica, colonia Alta Progreso, unidad habitacional Alta Progreso Infonavit.

El Hospital Cuenta con una infraestructura arquitectónica tipo lineal y tecnología de vanguardia con capacidad 329 camas censables y 143 no censables (autorizadas hasta el año 2011), se implementan programas como el de cirugía ambulatoria, puerperio de bajo riesgo, rehidratación oral, control de crisis aguda asmática, atención domiciliaria dl enfermo crónico, diálisis peritoneal, programa del adulto mayor. PEVENIMSS, trasplante y donación de órganos atención y orientación al derecho habiente y hemodiálisis, además el H.G.R. Vicente Guerrero tiene el siguiente reconocimiento como Hospital Amigo del Niño y de la Madre y certificaciones entre otros. El Hospital hace funciones de Hospital escuela, y que cuenta con las

residencias de medicina familiar, para médicos generales semipresencial, salud en el trabajo, un año de rotación de cirugía plástica y en el año 2008 inicia la especialidad de urgencias médico quirúrgica avalado por el instituto politécnico nacional (IPN) así también coordina el 5° año de la carrera de medicina (interno de pregrado) recibiendo médicos internos y así también el 5° año de la licenciatura en enfermería (pasantes de enfermería) de la universidad autónoma del estado de Guerrero, del politécnico y de la UNAM, el año 2010 inicia la residencia de medicina del niño y del adulto, en coordinación con el (IPN), especialización rural en anestesia.

Salas de quirófanos: Cuenta con un quirófano, para atender las urgencias quirúrgicas, debidamente estructurado, con un equipo quirúrgico, de guardia, uno en cada turno, que siempre está alerta para atender cualquier eventualidad. El quirófano central, cuenta con radiología, siete salas con mobiliario y equipo, bien estructurado, con un equipo quirúrgico cada sala, donde se atienden todas las especialidades quirúrgicas. También cuenta con una sala de recuperación, donde se encuentran 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, trans- operatoria 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 all (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 mediato, 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 gestación 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 1847 se relaciona la reducción de la fiebre puerperal y el fallecimiento de los pacientes con el lavado de las manos, donde Florencia Nihtingale 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 Medica 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 esta 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 que, 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 esta relacionado con la historia natural de la enfermedad. (Joint Commission on Accreditation of Health Care 2017).
- Cuasifalla. 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 Secretaria 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 presenta la analogía de enfermería en el área quirúrgica en la gestión y docencia de enfermería, de acuerdo a la en 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 (Medico 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 perioperatorio 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 perioperatorio, 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 perioperatorio, 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 perioperatorio 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 quirófano 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 el 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 el 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 en definitiva el 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 por enfermería y anestesia. Para mantener un buen nivel de anestesia quirúrgica, anestesista y enfermera se coordinan, durante el mantenimiento de la anestesia la enfermera 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 enfermería (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 indica 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 post-operatorio:

- ✓ Post-operatorio 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. Tipo: descriptiva, observacional, transversal, probabilística, exploratoria y cuantitativa.

Descriptiva: Se intervinieron describiendo, dos variables:

A) Variable dependiente, que es el apego de enfermería.

B) Variable independiente que es la lista de verificación para la Seguridad de la Cirugía.

▪ Descriptiva: Se midieron los hechos como fueron observados, sustentado en la bibliografía consultada sobre 3 objetos de estudio importantes en la variable independiente que son: Enfermería- entorno y paciente; y en la dependiente el apego del personal de enfermería, así como el fenómeno investigado en la lista de verificación de cirugía segura.

A) Variable dependiente: se especifica el apego de enfermería en el perioperatorio de un paciente en cirugía mayor electiva.

B) Variable Independiente: Lista de verificación de cirugía segura (LVCS), en pacientes de cirugía mayor electiva ; de ahí que se describan en 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 de cirugía mayor electiva , y las competencias de apego de enfermería en la lista de verificación de cirugía segura, vinculando con el entorno, equipo y material

• Transversal: Se recolectarán 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 de apego de enfermería, se describe el perfil laboral y el perfil formativa de la enfermera en el servicio de quirófano, del Hospital General Regional Vicente Gro. IMSS, en las intervenciones quirúrgicas en cirugía mayor electiva, de las 7 salas de quirófanos solo se consideraron 5, donde se realizan las cirugías propuestas en el estudio.

B) La variable Independiente, para la lista de verificación de cirugía segura, se interrelaciona con las 8 acciones esenciales, para la seguridad de paciente (2018), aplicando 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 utiliza un cuestionario, como instrumento, para el registro de las variables del fenómeno a investigar sobre la variable dependiente del apego de enfermería, 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 socioformativo laboral y 5 dimensiones sistemicas 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); 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 gástrica, tiene apego la LVCS, en los turnos matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada.
 - B) Variable Independiente: se toma una muestra sistémica, de enfermeras que intervienen como enfermera: en pre-operatorio, instrumentista, circulante, para efectuar la medición cuantitativa, se estandariza en preguntas politómicas en el aspecto del perfil socio formativo, laboral, y dicotómicas en el proceso quirúrgico.
- Cuantitativa: Se determina el tamaño de la muestra del personal de enfermería que participa en el proceso perioperatorio como: enfermera: en pre-operatorio, instrumentista, y circulante; se formulan preguntas para la seguridad del paciente en el paciente quirúrgico (2013). detallándose en cuestionario de rubricas (anexo 2), donde por observación del investigador evaluará los factores positivos o negativos del cumplimiento del LVCS, mediante rubricas que son 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: Aplicación de la LVCS por el personal de enfermería en cirugía mayor electiva, en quirófano 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 inicia 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 e 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 realiza 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 realizan las debilidades encontradas en la prueba piloto, asesorados por la coordinación de la Especialidad en Gestión y Docencia 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 realiza 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 Regional No. 1 Vicente Gro. IMSS, 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 realiza el trabajo de campo en el Hospital General Regional No. 1 Vicente Gro del IMSS, 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 de les estará observando, la intervención perioperatoria quirúrgica con la LVCS.

i) 16 de octubre al 10 de noviembre se realizó el procedimiento de concentración de datos.

j) 14 de noviembre 2019 se presento 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.

3.1.4. Cuadro 1: Matriz de análisis de variables

Apego del personal de enfermería del área quirúrgica a la lista de verificación (LVCS) para la Seguridad de la Cirugía mayor electiva, en un Hospital de segundo Nivel; 2019

Dependiente: LVCS.

Independiente: Apego de enfermería.

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 Politómica: 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.

	<p>entorno. Presupone la adquisición previa de competencias instrumentales e interpersonales. Por ejemplo: aprendizaje autónomo, adaptación al cambio, creatividad, liderazgo, espíritu emprendedor, etc.</p> <p>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.</p>		
<p>LVCS Competencia: Identificación del paciente (I) Comunicación efectiva(CE)</p>	<p>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</p>	<p>Entrada a la sala de pre- anestesia pre quirúrgica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El paciente ha confirmado: Su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento, su consentimiento. ▪ Marcacion del sitio quirúrgico /si procede. ▪ Control de seguridad en la anestesia 	<p>Preguntas dicotómicas: de “Bueno” es “si” y “Regular”: considerando que los procesos son meticulosos para la medición como cuasifallas. Identifica al paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisa el expediente clínico ▪ Revisa y aplica la GPC (medico /

	paciente beneficios demostrados. (OMS para la seguridad de la cirugía, 1ª edición 2008)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oxímetro funcionando Valoración: a) Tiene el paciente alergias conocidas, b) tiene el paciente vía aérea 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:	enfermería) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Confirma hoja de consentimiento informado. ▪ Analía 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: Bueno” y “Regular”: considerando que los procesos son meticulosos para la medición como cuasifallas. Aplica la NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012. <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 Secretaría 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.	Preguntas dicotómicas: Bueno” y “Regular”: considerando que los procesos son meticulosos para la medición como cuasifallas. Entrada del paciente al quirófanos:

		<p>Equipo e instrumental correcto Prevencción de riesgo de herida quirúrgica Cuenta de textiles correctos Muestras patológicas correctas</p>	<p>a) Paciente confirmado, expediente clínico revisado y nota de registro de enfermería con Dx 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.</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>La enfermera instrumentista y circulante realizan el procedimiento seguro en:</p> <ul style="list-style-type: none"> -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:	La responsabilidad de	Es el completo dominio de la enfermera en el	Pregunta dicotómica "Bueno" y

<p>Procedimiento de Cirugía segura en el transoperatorio</p>	<p>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.</p>	<p>quirófanos, 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.</p>	<p>“Regular”: considerando que los procesos son meticulosos para la medición como cuasifallas. 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</p>
<p>Proceso de Enfermería Valoración</p>	<p>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.</p>	<p>Planea, interviene y registra: las Etiquetas problemas de, aplica el cuidado específico quirúrgico en 7 etiquetas problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Riesgo de lesión perioperatoria ✓ Riesgo de perfusión tisular inefectiva (Cardiopulmonar, renal, cerebral, gastrointestinal, periférica) ✓ Riesgo de lesión. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Patrón respiratorio ineficaz. ✓ Riesgo de aspiración. ✓ Deterioro de la integridad tisular. ✓ Deterioro de la mucosa oral 	<p>Pregunta dicotómica “Bueno” y “Regular”: considerando que los procesos son meticulosos para la medición como cuasifallas. Registro en el expediente clínico de los Dx de enfermería el objetivo y la intervención del cuidado.</p>
<p>Cirugía mayor electiva de gastroenterología</p>	<p>Se considera cirugía mayor las intervenciones que se realicen en el cuello, tórax, abdomen y pelvis</p>	<p>La cirugía electiva es una cirugía programada.</p>	<p>Durante el periodo de la investigación se seleccionarán las cirugías de gastroenterología caracterizadas como mayores.</p>

3.1.5 Universo y muestra:

- Universo: Número de Personal de enfermería 29 en los turnos matutino vespertino y nocturno que corresponde el 100% con perfil laboral de: 7 Enfermeras Especialista E.E), 17 en enfermería, de los cuales 11 enfermeras cubre turnos,
- Muestra: 24 enfermeras que participaron en intervención quirúrgica del paciente y que corresponde a la intervención quirúrgica de cirugía mayor, programados, en los turnos matutino y vespertino.

3.1.6 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 Perioperatoria, 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 Médico Anestesiólogo, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana Nom170SSA1-1998, 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 pte 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) Diagnóstico, 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 quirúrgica, son preguntas dicotómicas de “Bueno” y “Regular”, (donde bueno es que lo realiza sin error alguno y regular es que durante el proceso tuvieron un error de cuasifalla que fue modificado en su momento), 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 Secretaría 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 quirúrgica, 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 “Bueno” y “Regular”, donde bueno es que lo realiza sin error alguno y regular es que durante el proceso tuvieron un error de cuasifalla que fue modificado en su momento), 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 dicotomicas de “Bueno” y “Regular”, (donde bueno es que lo realiza sin error alguno y regular es que durante el proceso tuvieron un error de cuasifalla que fue modificado en su momento), 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) Cuasifalla, 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 dicotomicas de “Bueno” y “ Regular” (donde bueno es que lo realiza sin error alguno y regular es que durante el proceso tuvieron un error de cuasifalla que fue modificado en su momento), 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) Cuasifalla, 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 mayores programadas, que se intervinieron para el estudio de investigación, a fin de realizar las analogías de análisis correspondientes por turno sobre el apego a 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 en Gestión y Docencia en Enfermería, en los turnos matutino, vespertino, del área quirúrgica en el Hospital General Regional Ni. 1 Vicente Gro. IMSS.

Cuadro 2: Tiempos y movimientos para 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 realiza el trabajo de campo en el Hospital General Regional No. 1 Vicente Gro. del IMSS, en el servicio de quirófanos, donde se realiza las cirugías mayores, con previo consentimiento informado,

explicando que se les estará observando, la intervención perioperatoria quirúrgica con la LVCS.

4.1.3. Solicitud de consentimiento informado para el personal de salud y paciente.

4.1.4. Registro de plantilla de personal de enfermería del área quirúrgica, turno matutino, vespertino, nocturno.

4.1.5. Registro de cirugías programados electivas de cirugía mayor gastroenterológicas.

4.2. Plan de procedimientos de datos:

4.2.1. Criterios de inclusión: Personal de enfermería que se encuentre en la plantilla de personal del área quirúrgica y que intervenga en cirugías mayores electivas , que aceptan participar en el trabajo de investigación previo consentimiento informado.

4.2.2. Criterios de Exclusion: Personal de enfermería que no acepten participar en el estudio de investigación.

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

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

5.1. Plan de presentación de los datos:

Para la evaluación de las dimensiones del apego a la lista de verificación de cirugía segura en las intervenciones quirúrgicas de una cirugía mayor electiva en el Hospital Regional Vicente Guerrero del IMSS. Para evaluar la dimensión 1, lo cual representa la valoración de la Comunicación efectiva (CE), Valoración Perioperatoria, se realiza de la siguiente manera:

Para evaluar la comunicación efectiva y la valoración perioperatoria (Dimensión 1):

$$\text{Comunicación efectiva y Valoración Perioperatoria,} = \sum_{j=1}^{11} X_j$$

Si la suma es menor de 4, esto indica mala evaluación de la comunicación y evaluación perioperatoria. Si la suma es de 4 a 7, esto indica una evaluación regular y si la suma es de 8 a 11 indica buena evaluación. Para esta dimensión se evaluaron 11 ítems.

Para evaluar la asepsia en la intervención quirúrgica (Criterio 2):

$$\text{Asepsia en la intervención Quirúrgica} = \sum_{j=12}^{20} X_j$$

Si la suma es menor de 4, esto indicará mala evaluación de la Asepsia en la intervención Quirúrgica. Si la suma es de 4 a 6, esto indicará una evaluación regular y si la suma es de 7 a 9 indicara buena evaluación. En esta dimensión se evaluaron 9 ítems.

Para la evaluación de la pausa quirúrgica (Dimensión 3):

$$\text{Pausa quirúrgica} = \sum_{j=21}^{27} X_j$$

Si la suma es menor de 3, esto indicará mala evaluación de la pausa quirúrgica. Si la suma es de 3 a 5, esto indicará una evaluación regular y si la suma es de 6 a 7 indicara buena evaluación. En esta dimensión se evaluaron 7 ítems.

En la evaluación del Procedimiento de Cirugía segura en el transoperatorio (PCST) (Dimensión 4)

$$PCST = \sum_{j=28}^{37} X_j$$

Si la suma es menor de 4, esto indicará mala evaluación del procedimiento de cirugía segura en el trans- operatorio. Si la suma es de 4 a 7, esto indicará una evaluación

regular y si la suma es de 8 a 11 indicara buena evaluación. En esta dimensión se evaluaron 10 ítems.

Para evaluar la valoración del paciente al final de la cirugía por el Cirujano, Anestesiólogo y enfermería (VPFC) (Dimensión 5).

$$VPFC = \sum_{j=38}^{41} X_j$$

Si la suma es menor de 2, esto indicará mala valoración del paciente al final de la cirugía por el Cirujano, Anestesiólogo y enfermería. Si la suma es de 2 a 3, esto indicará una evaluación regular y si la suma es 4 indicara buena evaluación. En esta dimensión se evaluaron 4 ítems.

Para la evaluación total, de la variable de interés (variable dependiente), del apego a la lista de verificación de cirugía segura en las intervenciones quirúrgicas de una cirugía mayor electiva (ALVCS) en el personal de enfermería del área quirúrgica en el Hospital Regional Vicente Guerrero del IMSS, fue calculado:

$$Evaluación\ total\ (ALVCS) = \sum_{j=1}^{41} X_j$$

Si la suma es menor de 14, esto indicará mala evaluación del apego a la lista de verificación de cirugía segura. Si la suma es de 14 a 27, esto indicará una evaluación regular y si la suma es de 28 a 41 indicara buena evaluación. Por tanto, se evaluaron 41 ítems en general.

Capítulo 5: Interpretación de los resultados

5.1. Análisis de resultados: En la tabla 1 se muestra los ítems que no fueron considerados en el análisis del Alfa de Cronbach, ya que no representan variables, si no constantes.

Tabla 1: Ítems eliminados

Advertencia
<p>Todas las siguientes variables constitutivas tienen una varianza cero y se eliminarán de la escala:</p> <ol style="list-style-type: none">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.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) La enfermera circulante lleva a cabo el registro de cirugía en formato institucional5) La enfermera circulante informa al médico especialista y anestesiólogo: la cuenta de entrada y salida hemodinámica del paciente (Gasas, compresas, aspirador).6) Asepsia de sitio quirúrgico procedimiento de la técnica de limpieza en tres tiempos: 1) arrastre, 2) protección 3) protección segura.7) La enfermera quirúrgica aplica de manera correcta: A) Calzado de bata y guantes con técnica cerrada, B) Colocación de campos estériles. C) Posición quirúrgica del paciente. , D) Instrumental y material quirúrgico de acuerdo al procedimiento quirúrgico.8) La enfermera circulante vigila y controla la homoterapia del paciente.9) 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.10) 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.11) 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

12) 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.,

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. di,

Con respecto al análisis de fiabilidad se encontró que el estadístico Alfa de Cronbach fue de 0.882, esto indica que la consistencia interna es buena, es decir, la confiabilidad del cuestionario es buena. Solo fueron considerandos los 28 de los 41 ítems, siendo eliminados a 13.

Estadísticos de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
0.882	0.832	28

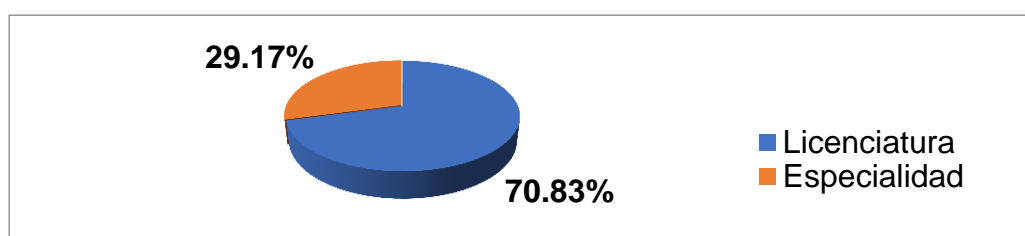
En la tabla 2 y gráfica 1 se muestra el resultado sobre el nivel académico del personal de enfermería, donde se encontró que el 70.83% tenía licenciatura y el 29.17% era especialista.

Tabla 2: Nivel académico personal de enfermeria del área quirurgica

	Frecuencia	%
Licenciatura	17	70.83%
Especialidad	7	29.17%
Total	24	100.00%

Fuente: Encuesta del área quirurgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Constantes Gráfica 1: Nivel académico personal de enfermeria del área quirúrgica



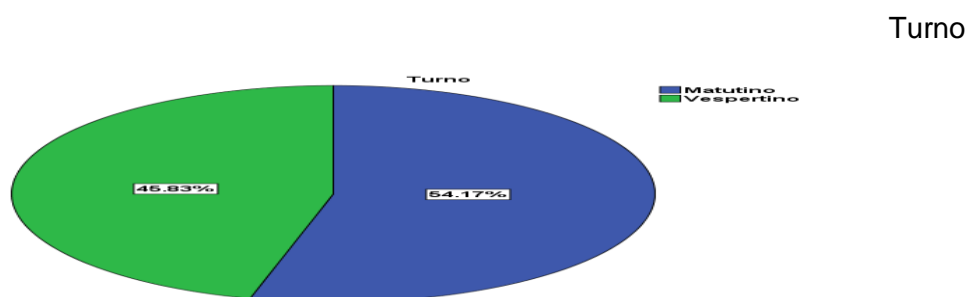
Con respecto a la distribución del personal de enfermería por turno, se encontró que el 54.17% se encontraba en el turno matutino y el 45.83% en el turno vespertino, tal como se muestra en la tabla 3 y gráfica 2.

Tabla 3: Turno personal de enfermería del área quirúrgica

	Frecuencia	Porcentaje
Matutino	13	54.17%
Vespertino	11	45.83%
Total	24	100.00%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente gro. IMSS

Gráfica 2:



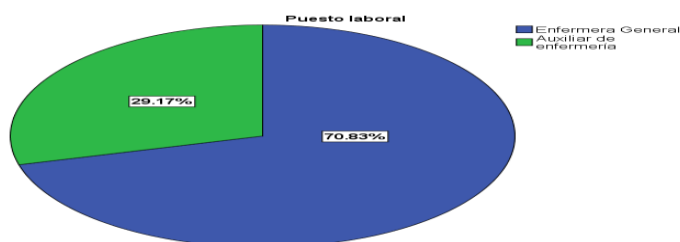
Con respecto a la distribución del puesto laboral, se encontró que el 62.50% del personal de enfermería eran enfermeras especialistas y el 37.50% era enfermera general, así se observa en la tabla 4 y gráfica 3

Tabla 4: Código laboral del personal de enfermería del área quirúrgica

	Frecuencia	%
Enfermera General	17	70.83%
Auxiliar de enfermería	7	29.17%
Total	24	100.00%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 3: Puesto laboral



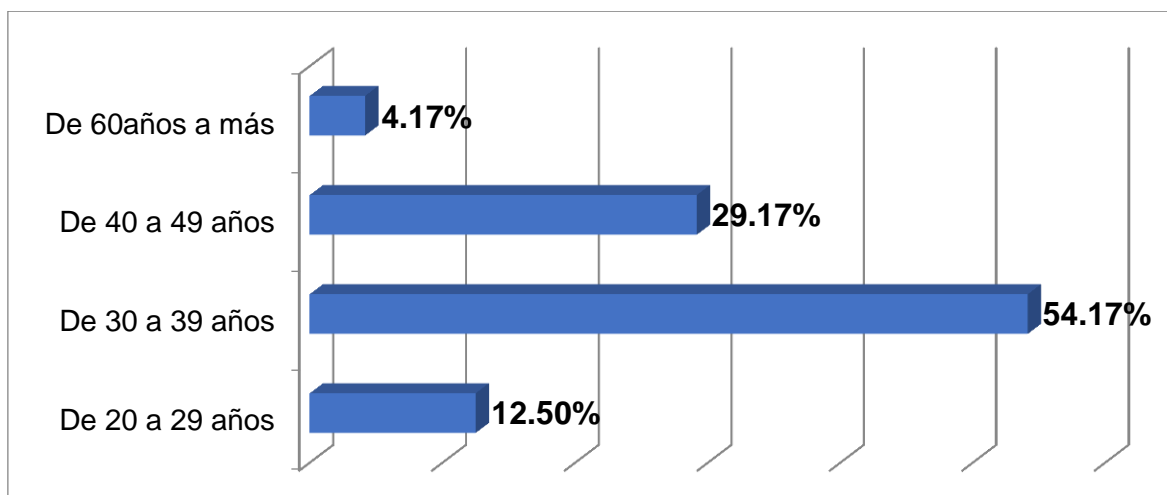
En la tabla 5 y gráfica 4, se muestra el resultado de la edad del personal de enfermería en el área quirúrgica del Hospital Regional Vicente Guerrero del IMSS, se encontró que el 12.50% del personal tenía una edad entre 20 a 29 años, el 54.17% su edad se encontraba entre 30 a 39 años. También se encontró que el 29.17% del personal de enfermería su edad oscilaba entre 40 a 49 años y un 4.17% su edad era de 60 años a más.

Tabla 5: Edad del personal de enfermería del área quirúrgica

	Frecuencia	Edad
De 20 a 29 años	3	12.50%
De 30 a 39 años	13	54.17%
De 40 a 49 años	7	29.17%
De 60 años a más	1	4.17%
Total	24	100.00%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 4: Edad del personal de enfermería del área quirúrgica



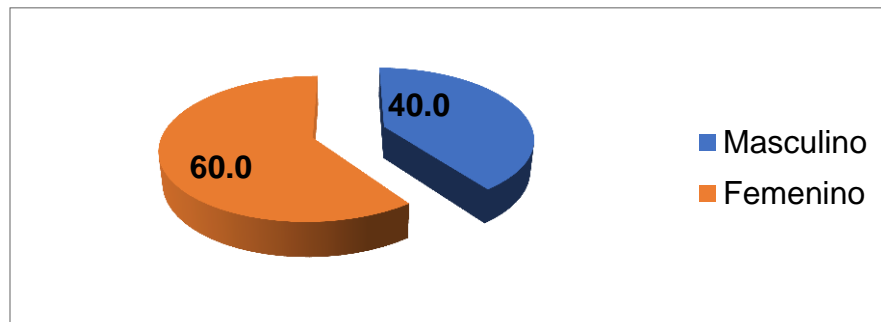
La tabla 6y gráfica 5 muestra la distribución del sexo del personal de enfermería en el área quirúrgica del Hospital Regional Vicente Guerrero del IMSS. Se encontró que el 40% pertenecía al sexo masculino y le 60% perteneció al sexo femenino. Se observa que existió 9 enfermeros que no contestaron.

Tabla 6: Genero del personal de enfermería del área quirúrgica

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Masculino	6	25.0	40.0
Femenino	9	37.5	60.0
Total	15	62.5	100.0
Sistema	9	37.5	
Total	24	100.0	

Fuente: Encuesta del área quirurgica Hosp. General Regional Vicente gro. IMSS

Gráfica 5: Sexo



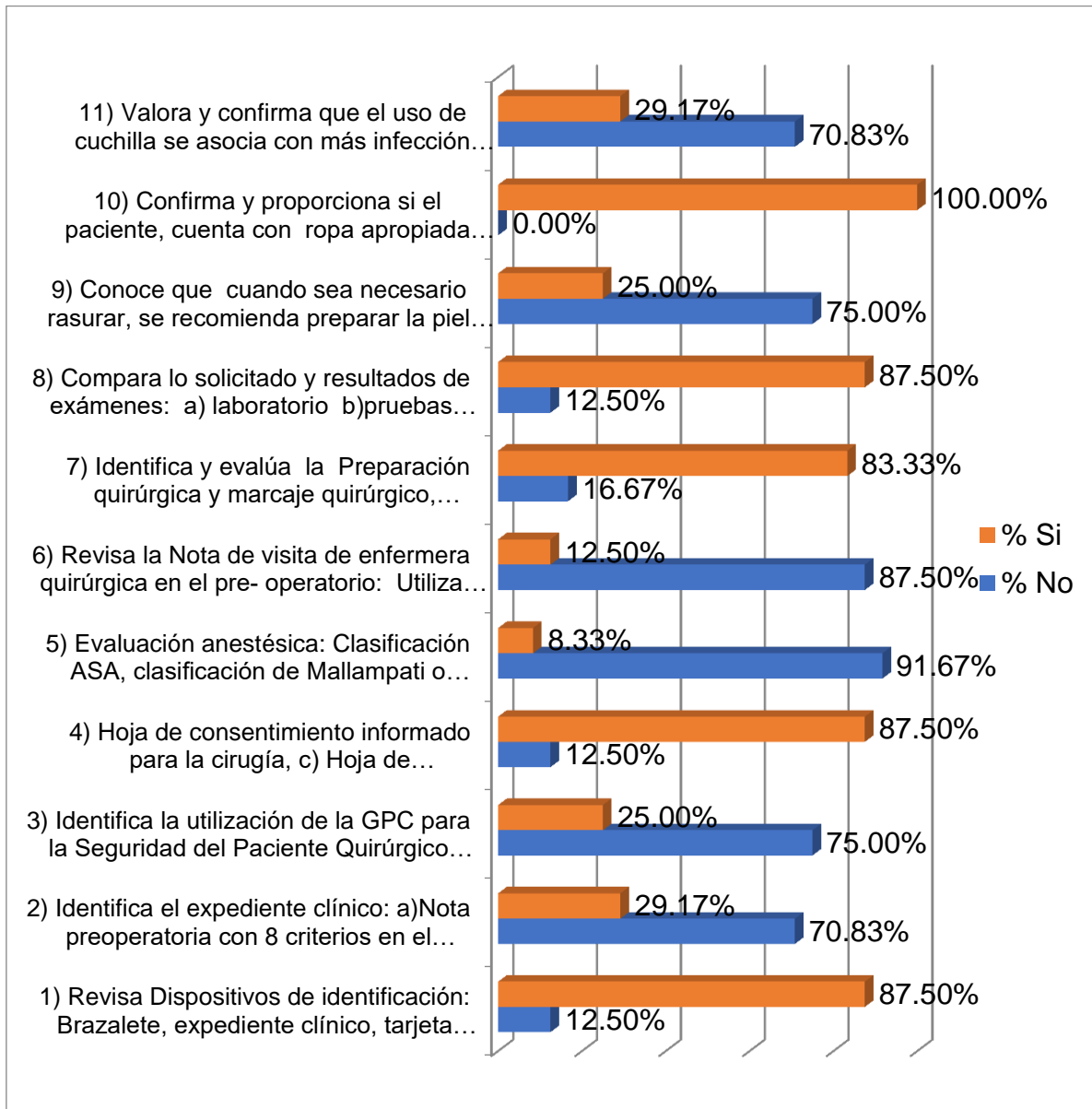
Con respecto al resultado de la Dimensión 1, lo cual representa la valoración Perioperatoria de la acción de seguridad en el programa de procedimientos seguros, antes de la Inducción de la anestesia, se encontró que el 91.67% del personal de enfermería no realiza la evaluación de la anestecia, y el 87.50% no revisa la nota de visita de enfermera quirúrgica en el pre- operatorio. También se encontró que el 75.00% no Identifica la utilización de la GPC para la seguridad del paciente quirúrgico, tampoco sabe cuando rasurar. Así como un 70% no identifica el expediente clínico, tal como se muestra en la tabla 7 y gráfica 6.

Tabla 7: Dimensión 1: Valoración perioperatoria, de la acción de seguridad en el programa de procedimientos seguros: Antes de la Inducción de la anestesia

Ítems	No	Si	% No	% Si
1) Revisa Dispositivos de identificación: Brazalete, expediente clínico, tarjeta de identificación en soluciones vía intravenosa, preguntando verbalmente el nombre al paciente .	3	2 1	12.50 %	87.50 %
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	17	7	70.83 %	29.17 %
3) Identifica la utilización de la GPC para la Seguridad del Paciente Quirúrgico Cataluña, 2010 en la Nota preoperatoria del Médico, Anestesiólogo y Enfermería.	18	6	75.00 %	25.00 %
4) Hoja de consentimiento informado para la cirugía, c) Hoja de consentimiento informado de la anestesia.	3	2 1	12.50 %	87.50 %
5) Evaluación anestésica: Clasificación ASA, clasificación de Mallampati o Patill Aldreti.	22	2	91.67 %	8.33 %
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	21	3	87.50 %	12.50 %
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.	4	2 0	16.67 %	83.33 %
8) Compara lo solicitado y resultados de exámenes: a) laboratorio b)pruebas de imagen, c) Preparación de riesgo en derivados de sangre (si aplica) .	3	2 1	12.50 %	87.50 %
9) Conoce que cuando sea necesario rasurar, se recomienda preparar la piel en el quirófano 20 minutos	18	6	75.00 %	25.00 %
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.	0	2 4	0.00%	100.0 0%
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 de	17	7	70.83 %	29.17 %

Fuente: Encuesta del área quirurgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 6: Dimensión 1



En la tabla 8 y gráfica 7 muestra el resultado de los ítem de la dimensión 2, lo cual es la asepsia en la intervención quirúrgica del programa de procedimientos seguros, se encontró que el 79.17% del personal de enfermería del área quirúrgica en el Hospital Regional Vicente Guerrero del IMSS no aplicó la normativa institucional y solo un 4.17 no realizó adecuadamente el arreglo de las mesas quirúrgicas, así como el 4.17% no comprobó ni se preparó en caso de que se produjera una pérdida de la función respiratoria.

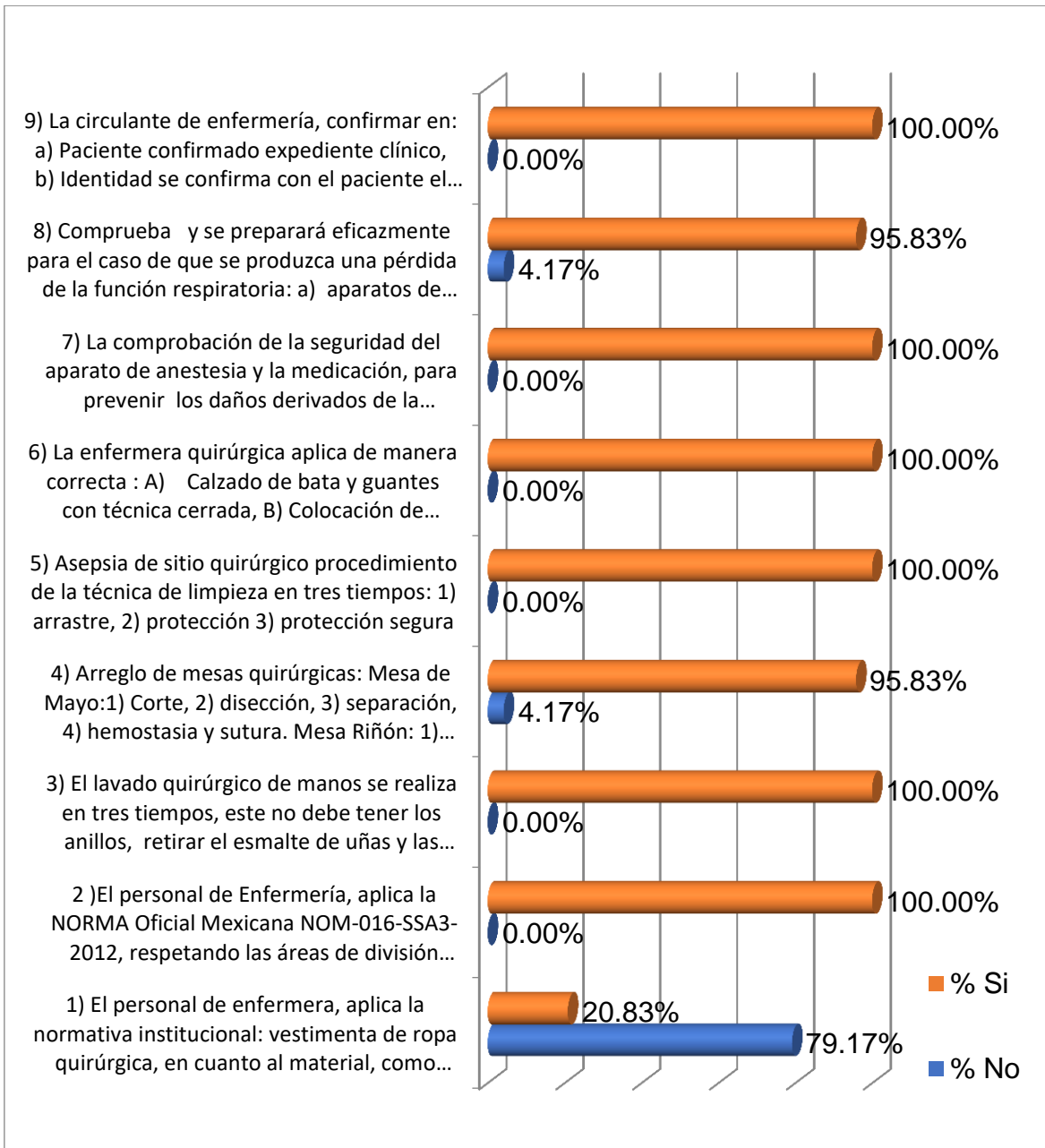
Tabla 8: Dimensión 2: Asepsia en la intervención quirúrgica del programa de procedimientos seguros

Ítems	No	Si	% No	% Si
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	19	5	79.17%	20.83%
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.	0	24	0.00%	100.00%
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	24	0.00%	100.00%
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.	1	23	4.17%	95.83%
5) Asepsia de sitio quirúrgico procedimiento de la técnica de limpieza en tres tiempos: 1) arrastre, 2) protección 3) protección segura	0	24	0.00%	100.00%
6) La enfermera quirúrgica aplica de manera correcta: A) Calzado de bata y guantes con técnica cerrada, B) Colocación de campos estériles. C) Posición quirúrgica del paciente. , D) Instrumental y material quirúrgico de acuerdo al procedimiento quirúrgica	0	24	0.00%	100.00%
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.	0	24	0.00%	100.00%
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.	1	23	4.17%	95.83%
9) La circulante de enfermería, confirmar en: a) Paciente confirmado expediente clínico, b) Identidad se confirma con el	0	24	0.00%	100.00%

paciente el nombre, c) Sitio quirúrgico con marcaje quirúrgico,
 b) Consentimiento informado medico/quirúrgico y anestesia.

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 7: Dimensión 2 Asepsia en la intervención quirúrgica del programa de procedimientos seguros



En la tabla 9 y gráfica 8 se muestra los resultados de los ítems de la dimensión 3, con respecto a enfermería, Paciente correcto, Sitio correcto, cirugía correcta (Pausa quirúrgica). Se encontró que 87.50% del personal de enfermería no previeron los posibles riesgos ni se cerciora de la aplicación de medicamentos ordenados para la profilaxis antibiótica. El 83.33% del personal enfermero no confirmó la realización del arreglo de mesa quirúrgica y el 79.17% no solicita al médico especialista que se presenten por su nombre y función que desarrollan en el proceso quirúrgico.

Tabla 9: Dimensión 3: Enfermería, paciente correcto, sitio correcto, cirugía correcta (pausa quirúrgica)

Ítems	No	Si	% No	% Si
10) Entrada del paciente al quirófanos: a) Paciente confirmado, expediente clínico revisado y nota de registro de enfermería con Dx de enfermería presentes, , b) Identidad se confirma con el paciente el nombre, c) Sitio quirúrgico con marcaje quirúrgico	1	23	4.17%	95.83%
11) 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.	19	5	79.17%	20.83%
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 Medico anesthesiólogo 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.	21	3	87.50%	12.50%
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.	0	24	0.00%	100.00%
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	20	4	83.33%	16.67%
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	13	11	54.17%	45.83%
16) La enfermera circulante registra en la hoja de enfermería esterilización segura del instrumental y ropa quirúrgica desechable (1	23	4.17%	95.83%

si procede) a utilizar, el recuento de textiles, suturas, y punzocortantes y vigila cubetas limpias de patadas antes del

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 8: Dimensión 3, Enfermería, Paciente correcto, sitio correcto, cirugía correcta (pausa quirúrgica)



Con respecto a la evaluación de los ítems de la dimensión 4, sobre los procedimientos de cirugía segura en el trans-operatorio, se encontró que el 75.00% del personal de enfermería del área quirúrgica en el Hospital Regional Vicente Guerrero del IMSS no notificaron los eventos adversos en el registro de un evento adverso detectado en los sistemas de notificación establecidos en las unidades quirúrgicas, el 70.83% no respeta y aplica barrera de área limpia, conservando campos limpios operatorios, así como un 70.83% no vigila y controla la normo termia del paciente. También se encontró 66.67% del personal enfermero no mantiene el manejo del sitio quirúrgico, ni la intervención ni técnicas hemostáticas, tal como se observa en la tabla 10 y gráfica 9

Tabla 10: Dimensión 4: Procedimiento de cirugía segura en el trans-operatorio

Ítems	No	Si	% No	% Si
1) La enfermera quirúrgica respeta y aplica barrera de área limpia, conservando campos limpios operatorios (cuida de no humedecer el área)	17	7	70.83%	29.17%
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.	5	19	20.83%	79.17%
3) La enfermera instrumentista mantiene: a) el manejo del sitio quirúrgico, b) adecuar la intervención hemostática, c) Técnicas hemostáticas	16	8	66.67%	33.33%
4) La enfermera circulante informa al médico especialista y anestesiólogo: la cuenta de entrada y salida hemodinámica del paciente (Gasas, compresas, aspirador)	0	24	0.00%	100.00%
5) La enfermera circulante vigila y controla la normo termia del paciente	17	7	70.83%	29.17%
6) La enfermera circulante vigila y controla la homoterapia del paciente.	0	24	0.00%	100.00%
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	24	0.00%	100.00%
8) La enfermera circulante etiqueta muestras para estudio patológico (si procede)	1	23	4.17%	95.83%
9) El cirujano pregunta si se tiene algún problema en del proceso quirúrgico: Anestesiólogo, enfermera instrumentista y enfermera circulante	1	23	4.17%	95.83%
10) Notificación de eventos adversos es el registro de un evento adverso detectado en los sistemas de notificación establecidos en las unidades quirúrgicas: 1) Cuasifalla, 2) Evento adverso, 3) Evento centinela. (MIPRIN 2015)	18	6	75.00%	25.00%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 9: Dimensión 4 Procedimiento de Cirugía segura en el trans-operatorio



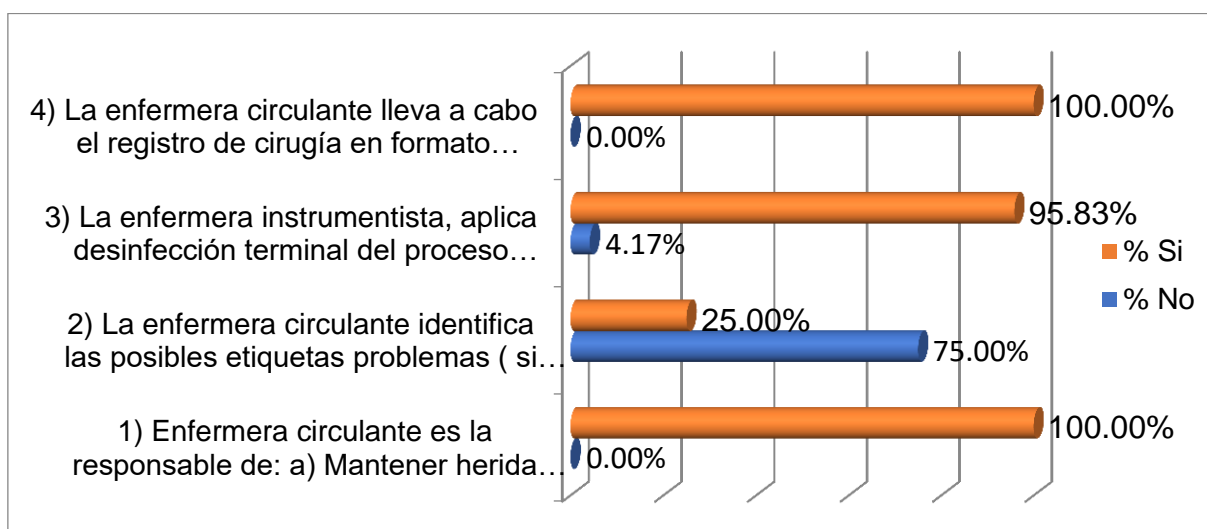
La tabla 11 y gráfica 10, lo cual muestran los resultados de los ítems de la dimensión 5, lo cual miden la valoración del paciente al final de la cirugía por el Cirujano, Anestesiólogo y enfermería. Se encontró que el 75% del personal de enfermería del área quirúrgica en el Hospital Regional Vicente Guerrero del IMSS no identificaron las posibles etiquetas y solo un 4.17% no aplicó la desinfección terminal del proceso quirúrgico.

Tabla 11: Dimensión 5: Valoración del paciente al final de la cirugía por el cirujano, anestesiólogo y enfermería.

Ítems	No	Si	% No	% Si
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	0	24	0.00%	100%
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 res	18	6	75.00%	25.00%
3) La enfermera instrumentista, aplica desinfección terminal del proceso quirúrgico.	1	23	4.17%	95.83%
4) La enfermera circulante lleva a cabo el registro de cirugía en formato institucional.	0	24	0.00%	100%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 10: Dimensión 5, Valoración del paciente al final de la cirugía por el cirujano, anestesiólogo y enfermería.



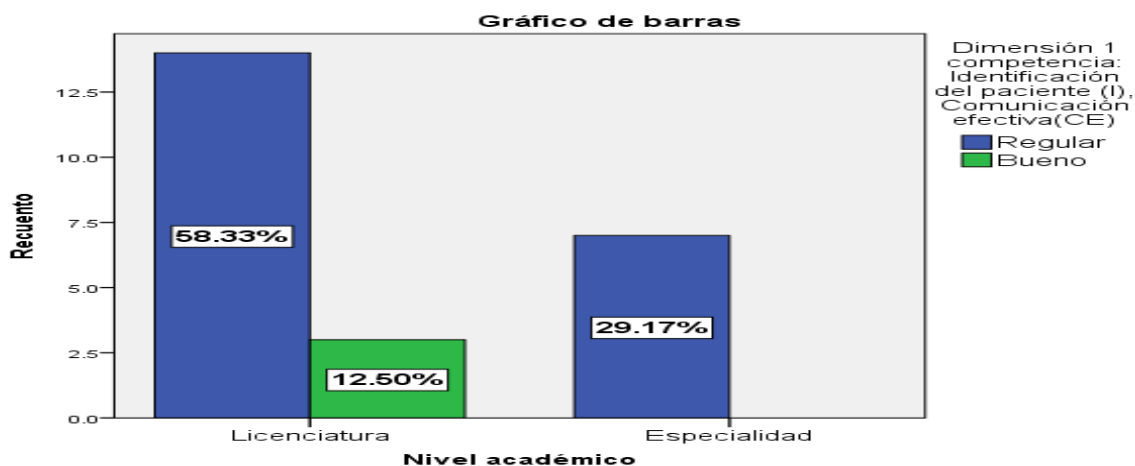
Al cruzar las variables académico y la dimensión 1 competencia: Identificación del paciente y Comunicación efectiva, se encontró que del personal enfermero con licenciatura el 82.4% tuvo una evaluación de regular y el 17.6% su evaluación fue buena. De los enfermeros con especialidad el 100% su evaluación fue regular, tal como se observa en la tabla 12 y gráfica 11.

Tabla 12: Cruce de variables entre el nivel académico del personal de enfermería del área quirúrgica y la dimensión 1 competencia: Identificación del paciente (I), comunicación efectiva (CE)

Nivel académico	Dimensión 1 competencia: Identificación del paciente (I), Comunicación efectiva (CE)		Total
	Regular	Bueno	
Licenciatura	14	3	17
	82.4%	17.6%	100.0%
Especialidad	7	0	7
	100.0%	0.0%	100.0%
Total	21	3	24
	87.5%	12.5%	100.0%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 11: Cruce de variables entre el nivel académico del personal de enfermería del área quirúrgica y la dimensión 1 competencia: Identificación del paciente (I), comunicación efectiva (CE)



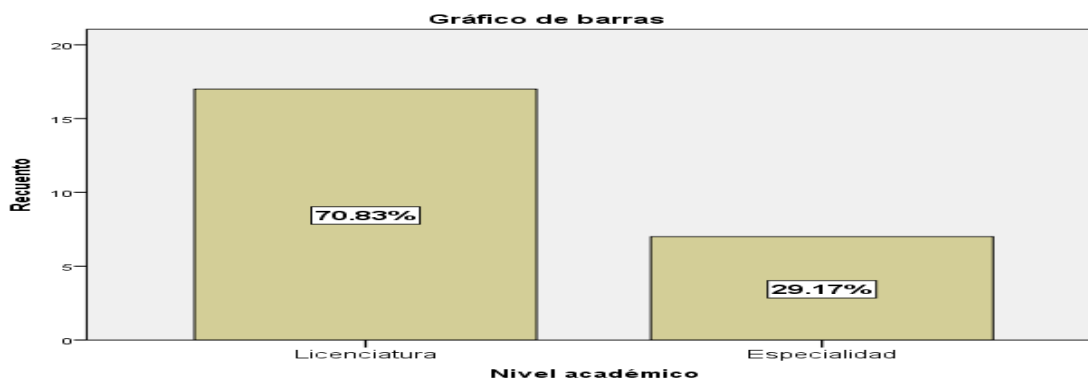
Al cruzar las variables nivel académico y la dimensión 2 Asepsia en la intervención Quirúrgica del programa de procedimientos seguros, se encontró que los enfermeros con licenciatura y especialidad el 100% tuvieron una evaluación de bueno, así se muestra en la tabla13 y gráfica 12.

Tabla 13: Cruce de variables entre el nivel académico del personal de enfermería del área quirúrgica, y la dimensión 2: Asepsia en la intervención quirúrgica del programa de procedimientos seguros

Nivel académico	Dimensión 2 Asepsia en la intervención Quirúrgica del programa de procedimientos seguros	Total
Licenciatura	Bueno	17
	100.0%	100.0%
Especialidad	7	7
	100.0%	100.0%
Total	24	24
	100.0%	100.0%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 12: Cruce de variables entre el nivel académico del personal de enfermería del área quirúrgica y la dimensión 2: Asepsia en la intervención quirúrgica del programa de procedimientos seguros



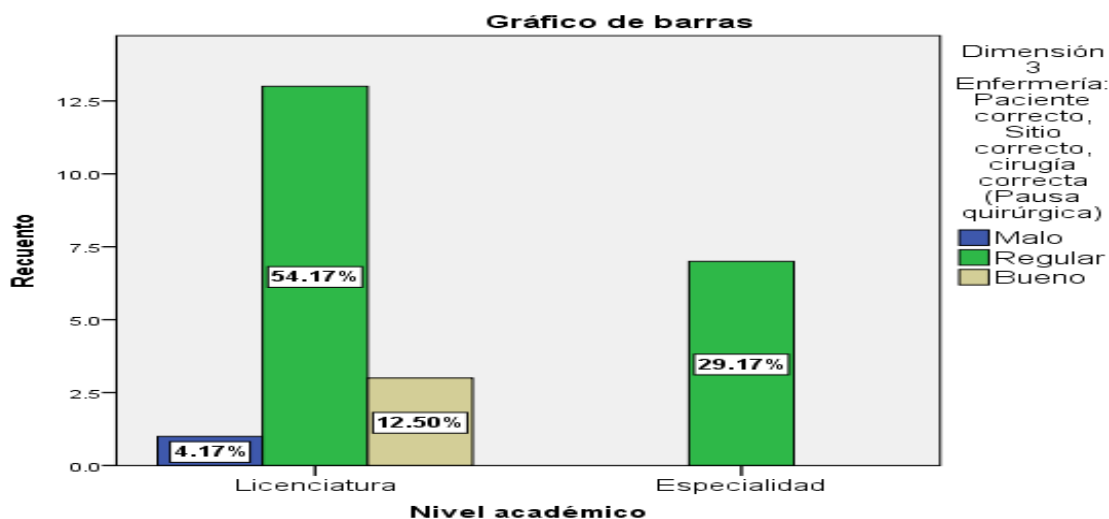
El resultado encontrado al cruzar las variables nivel académico y la dimensión 3 Enfermería: Paciente correcto, Sitio correcto, cirugía correcta (Pausa quirúrgica), fue que el personal enfermero con licenciatura el 76.5% tuvo una evaluación regular, pero el 5.9% tuvo una evaluación mala en la dimensión tres. El personal con especialidad el 100% evaluó en regular, tal como se muestra en la tabla 14 y gráfica 13.

Tabla 14: Cruce de variables entre el nivel académico del personal de enfermería del área quirúrgica y la dimensión 3 Enfermería: Paciente correcto, sitio correcto, cirugía correcta (pausa quirúrgica)

Nivel académico	Dimensión 3 Enfermería: Paciente correcto, Sitio correcto, cirugía correcta (Pausa quirúrgica)			Total
	Malo	Regular	Bueno	
Licenciatura	1 5.9%	13 76.5%	3 17.6%	17 100.0%
Especialidad	0 0.0%	7 100.0%	0 0.0%	7 100.0%
Total	1 4.2%	20 83.3%	3 12.5%	24 100.0%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 13: Cruce de variables entre el nivel académico y la dimensión 3 Enfermería: Paciente correcto, Sitio correcto, cirugía correcta (Pausa quirúrgica)



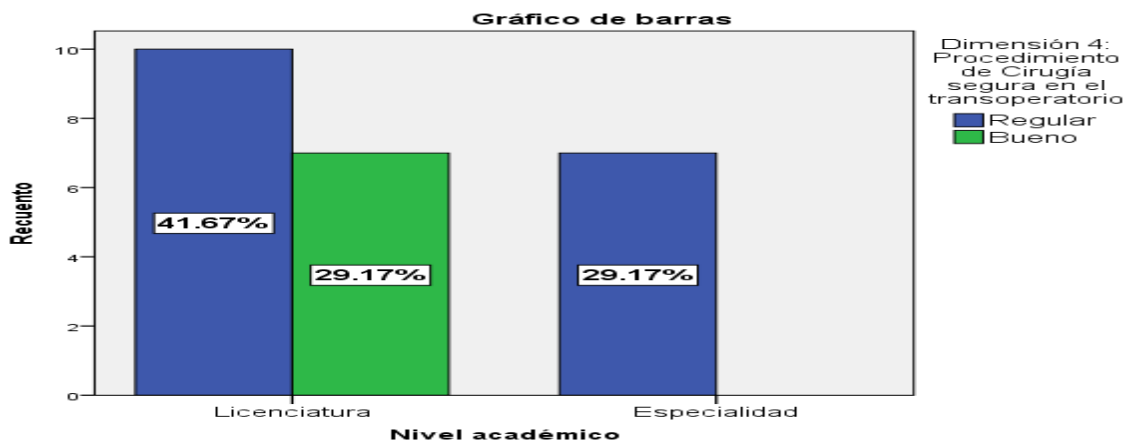
La tabla 15 y gráfica 14 muestra el resultado sobre el cruce de las variables nivel académico y la dimensión 4: Procedimiento de Cirugía segura en el trans-operatorio, se encontró que el personal enfermero con licenciatura el 58.8% tuvo una evaluación regular y el 41.2% su evaluación fue bueno en la dimensión cuatro. El personal con especialidad el 100% evaluó en regular.

Tabla 15: Cruce de variables entre el nivel académico del personal de enfermería del área quirúrgica y la dimensión 4: Procedimiento de cirugía segura en el trans-operatorio

Nivel académico	Dimensión 4: Procedimiento de Cirugía segura en el trans-operatorio		Total
	Regular	Bueno	
Licenciatura	10	7	17
	58.8%	41.2%	100.0%
Especialidad	7	0	7
	100.0%	0.0%	100.0%
Total	17	7	24
	70.8%	29.2%	100.0%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 14: Cruce de variables entre el nivel académico del personal de enfermería del área quirúrgica y la dimensión 4: Procedimiento de cirugía segura en el trans-operatorio



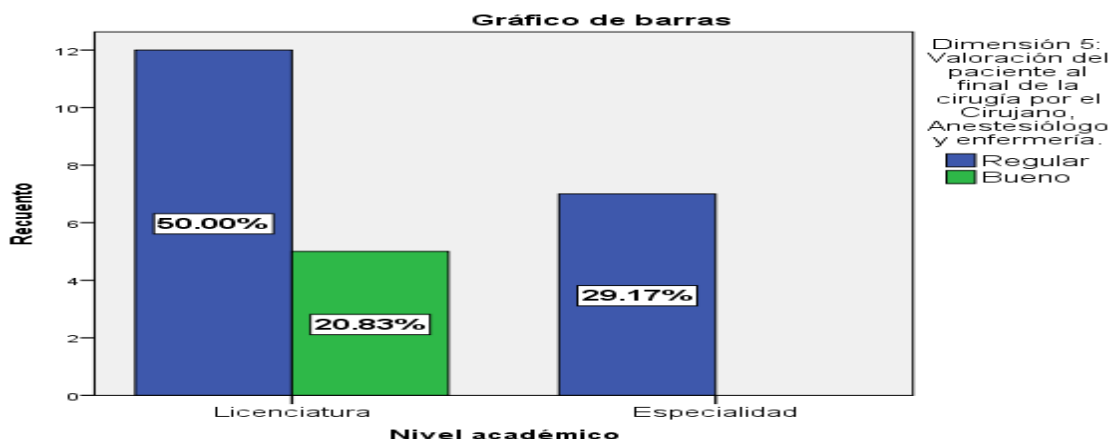
En la tabla 16 y gráfica 15 se muestra el resultado del cruce de variable entre el nivel académico y la dimensión 5 (Valoración del paciente al final de la cirugía por el Cirujano, Anestesiólogo y enfermería), se encontró que el personal enfermero con licenciatura el 70.6% su evaluación hacia la dimensión cinco fue regular y un 29.4% tuvo una evaluación bueno. Los enfermeros con especialidad el 100% evaluaron en regular.

Tabla 16: Cruce de variables entre el nivel académico y la dimensión 5: Valoración del paciente al final de la cirugía por el cirujano, anestesiólogo y enfermería

Nivel académico	Dimensión 5: Valoración del paciente al final de la cirugía por el Cirujano, Anestesiólogo y enfermería.		Total
	Regular	Bueno	
Licenciatura	12	5	17
	70.6%	29.4%	100.0%
Especialidad	7	0	7
	100.0%	0.0%	100.0%
Total	19	5	24
	79.2%	20.8%	100.0%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 15: Cruce de variables entre el nivel académico y la dimensión 5: Valoración del paciente al final de la cirugía por el cirujano, anestesiólogo y enfermería



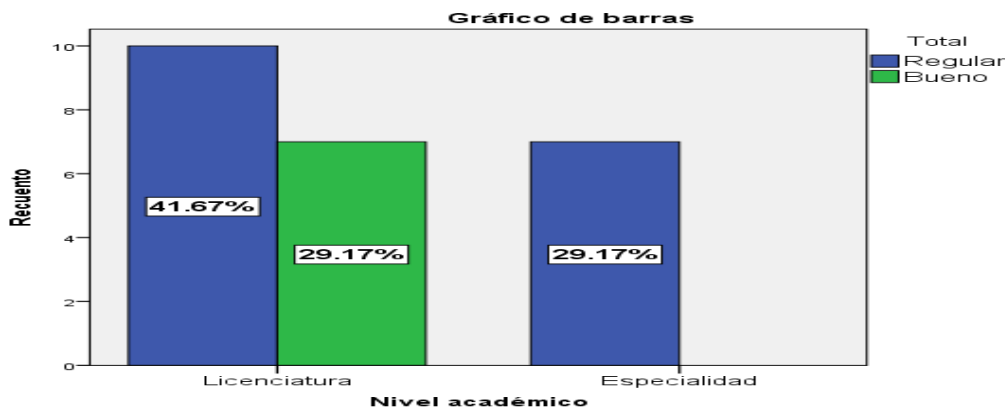
Al cruzar las variables nivel académico y la evaluación del personal de enfermería área quirúrgica en el apego a la lista de verificación de cirugía segura en las intervenciones quirúrgicas de una cirugía mayor electiva en el Hospital Regional Vicente Guerrero, se encontró el personal con licenciatura el 58.8% tuvo una evaluación regular y un 41.2% su evaluación fue bueno. El personal especialista el 100% evaluó en regular, tal como se muestra en la tabla 17 y gráfica 16.

Tabla 17: Evaluación entre las variables nivel académico del personal de enfermería del área quirúrgica y la evaluación total

Nivel académico	Evaluación total		Total
	Regular	Bueno	
Licenciatura	10	7	17
	58.8%	41.2%	100.0%
Especialidad	7	0	7
	100.0%	0.0%	100.0%
Total	17	7	24
	70.8%	29.2%	100.0%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 16: Evaluación entre las variables nivel académico del personal de enfermería del área quirúrgica y la evaluación total



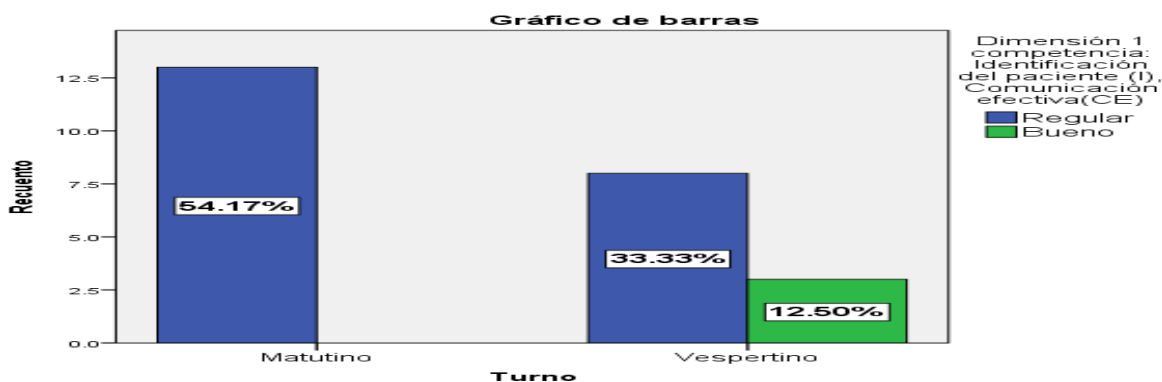
Con respecto al cruce de las variables turno y la dimensión 1 (Identificación del paciente, Comunicación efectiva) se encontró que el personal de enfermería del turno matutino el 100% su evaluación fue regular. Los enfermeros del turno vespertino el 72.7% evaluaron en regular y el 27.3% fue bueno, así se observa en la tabla 18 y gráfica 17.

Tabla 18: Cruce de variables entre el turno matutino y vespertino del personal de enfermería del área quirúrgica y la dimensión 1 competencia: Identificación del paciente (I), comunicación efectiva (CE)

Turno	Dimensión 1 competencia: Identificación del paciente (I), Comunicación efectiva (CE)		Total
	Regular	Bueno	
Matutino	13	0	13
	100.0%	0.0%	100.0%
Vespertino	8	3	11
	72.7%	27.3%	100.0%
Total	21	3	24
	87.5%	12.5%	100.0%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 17: Cruce de variables entre el turno matutino y vespertino del personal de enfermería del área quirúrgica, y la dimensión 1 competencia: Identificación del paciente (I), comunicación efectiva (CE)



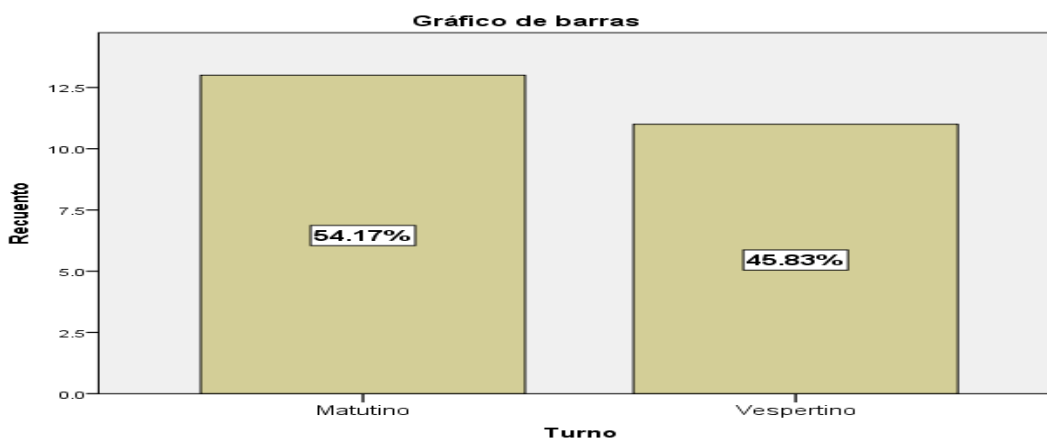
Al cruzar las variables turno y la dimensión 2 Asepsia en la intervención Quirúrgica del programa de procedimientos seguros, se encontró que el personal del turno matutino y vespertino el 100% su evaluación fue bueno, así se muestra en la tabla 19 y gráfica 18.

Tabla 19: Cruce de variables entre el turno matutino y vespertino del personal de enfermería y la dimensión 2: Asepsia en la intervención quirúrgica del programa de procedimientos seguros

Turno	Dimensión 2 Asepsia en la intervención Quirúrgica del programa de procedimientos seguros (OMS 2008)	Total
	Bueno	
Matutino	13	13
	100.0%	100.0%
Vespertino	11	11
	100.0%	100.0%
Total	24	24
	100.0%	100.0%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 18: Cruce de variables entre el turno matutino y vespertino del personal de enfermería del área quirúrgica y la dimensión 2: Asepsia en la intervención quirúrgica del programa de procedimientos seguros



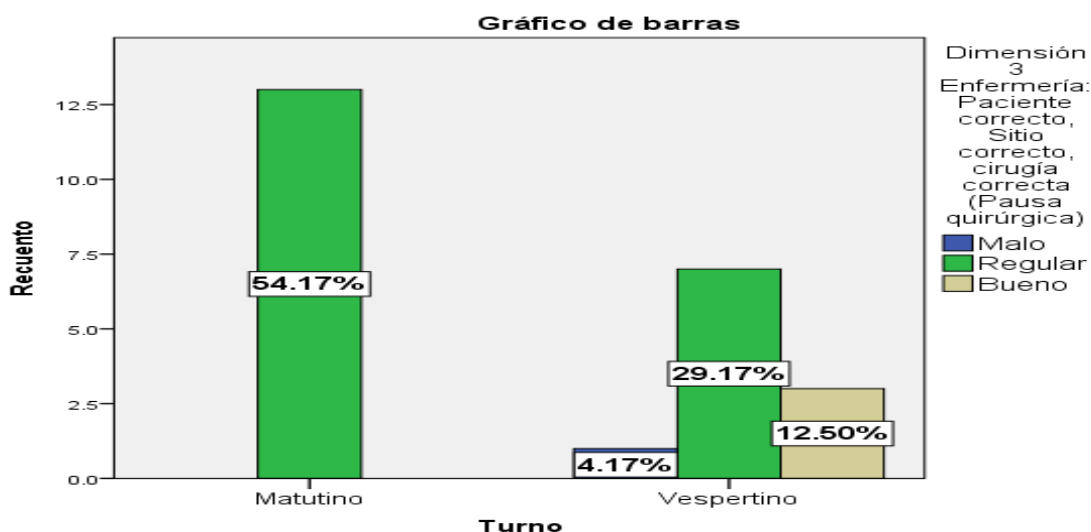
La tabla 20 y gráfica 19 se muestra el resultado sobre el cruce de variables el turno y la dimensión 3 (Enfermería: Paciente correcto, Sitio correcto, cirugía correcta (Pausa quirúrgica)), se encontró que el personal de enfermería del turno matutino el 100% tuvo una evaluación regular. El personal del turno vespertino el 9.1% tuvo una evaluación mala, el 63.6% su evaluación fue regular y el 27.3% fue bueno.

Tabla 20: Cruce de variables entre el turno y la dimensión 3: Enfermería, paciente correcto, sitio correcto, cirugía correcta (pausa quirúrgica)

Turno	Dimensión 3 Enfermería: Paciente correcto, Sitio correcto, cirugía correcta (Pausa quirúrgica)			Total
	Malo	Regular	Bueno	
Matutino	0	13	0	13
	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
Vespertino	1	7	3	11
	9.1%	63.6%	27.3%	100.0%
Total	1	20	3	24
	4.2%	83.3%	12.5%	100.0%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 19: Cruce de variables entre el turno matutino y vespertino del personal de enfermería del área quirúrgica y la dimensión 3 Enfermería: Paciente correcto, Sitio correcto, cirugía correcta (pausa quirúrgica)



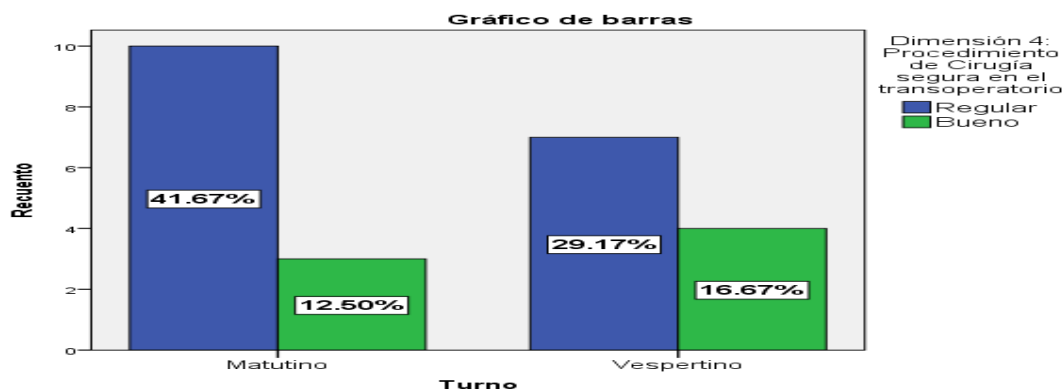
En la tabla 21 y gráfica 20 se muestra el resultado sobre el cruce de variable entre el turno y la dimensión 4 (Procedimiento de Cirugía segura en el trans-operatorio), se encontró que el personal del turno matutino el 76.9% su evaluación fue regular y un 23.1% fue bueno. El personal del turno vespertino el 63.6% tuvo una evaluación de regular y el 36.4% fue bueno.

Tabla 21: Cruce de variables entre el turno matutino y vespertino del personal de enfermería del área quirúrgica y la dimensión 4: Procedimiento de cirugía segura en el trans-operatorio

Turno	Dimensión 4: Procedimiento de Cirugía segura en el transoperatorio		Total
	Regular	Bueno	
Matutino	10	3	13
	76.9%	23.1%	
Vespertino	7	4	11
	63.6%	36.4%	
Total	17	7	24
	70.8%	29.2%	

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 20: Cruce de variables entre el turno matutino y vespertino del personal de enfermería del área quirúrgica y la dimensión 4: Procedimiento de Cirugía segura en el trans- operatorio



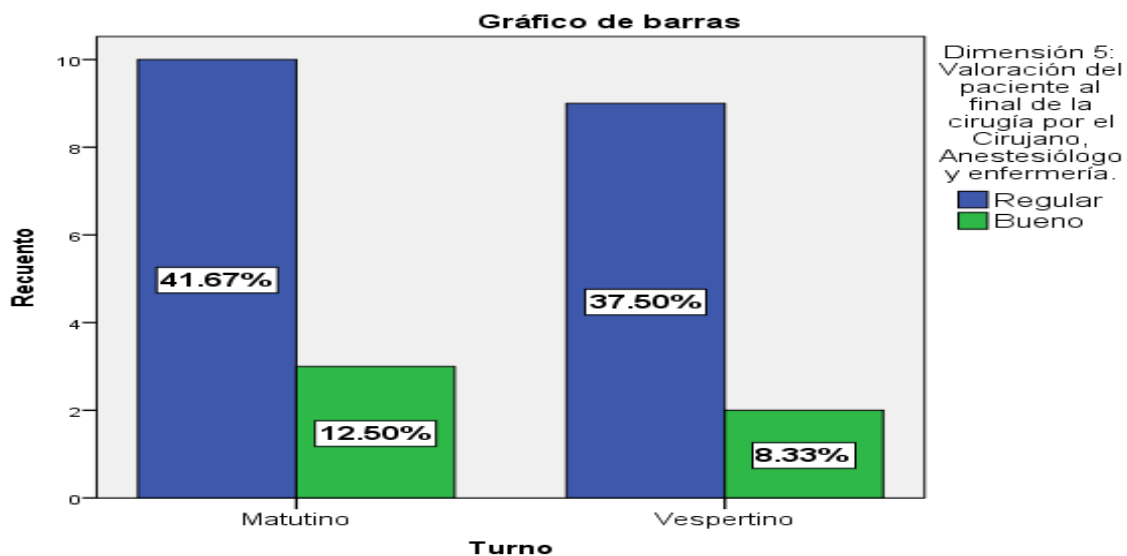
El resultado obtenido al cruzar las variables turno y la dimensión 5 (Valoración del paciente al final de la cirugía por el Cirujano, Anestesiólogo y enfermería) se encontró que los enfermeros del turno matutino el 76.9% su evaluación fue regular y un 23.1% fue bueno. El personal del turno vespertino el 81.8% tuvo una evaluación regular sobre la dimensión 5 y el 18.2% fue bueno, tal como se muestra en la tabla 22 y gráfica 21.

Tabla 22: Cruce de variables entre el turno matutino y vespertino del personal de enfermería del área quirúrgica y la dimensión 5: Valoración del paciente al final de la cirugía por el cirujano, anestesiólogo y enfermería.

Turno	Dimensión 5: Valoración del paciente al final de la cirugía por el Cirujano, Anestesiólogo y enfermería.		Total
	Regular	Bueno	
Matutino	10	3	13
	76.9%	23.1%	100.0%
Vespertino	9	2	11
	81.8%	18.2%	100.0%
Total	19	5	24
	79.2%	20.8%	100.0%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMS

Gráfica 21: Cruce de variables entre el turno matutino y vespertino del personal de enfermería del área quirúrgica y la dimensión 5: Valoración del paciente al final de la cirugía por el cirujano, anestesiólogo y enfermería



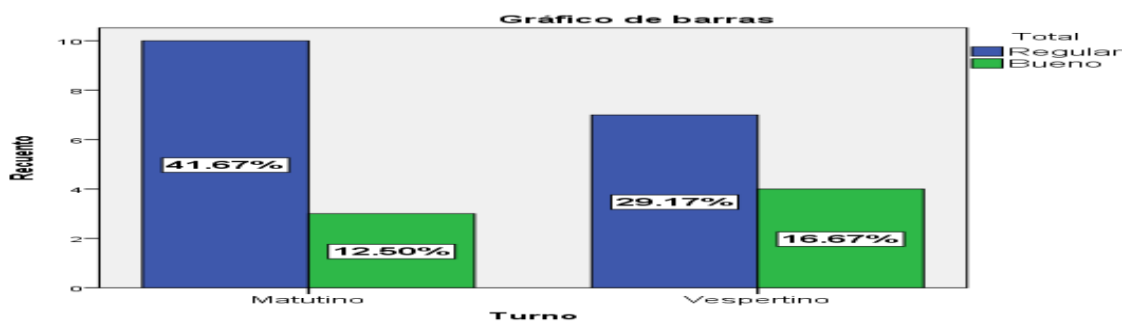
Al cruzar las variables el turno y evaluación en el apego a la lista de verificación de cirugía segura en las intervenciones quirúrgicas de una cirugía mayor electiva, se encontró que el personal del turno matutino el 76.9% su evaluación fue regular y el 23.1% fue bueno. El personal de enfermería del turno vespertino del área quirúrgica en el Hospital Regional Vicente Guerrero del IMSS, el 63.6% obtuvo una evaluación de regular en general y el 36.4% fue bueno, así se observa en la tabla 23 y gráfica 22.

Tabla 23: Cruce de variables entre el turno matutino y vespertino del personal de enfermería del área quirúrgica y la evaluación total

Turno	Total		Total
	Regular	Bueno	
Matutino	10	3	13
	76.9%	23.1%	100.0%
Vespertino	7	4	11
	63.6%	36.4%	100.0%
Total	17	7	24
	70.8%	29.2%	100.0%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 22: Cruce de variables entre el turno matutino y vespertino del personal de enfermería del área quirúrgica y la evaluación total



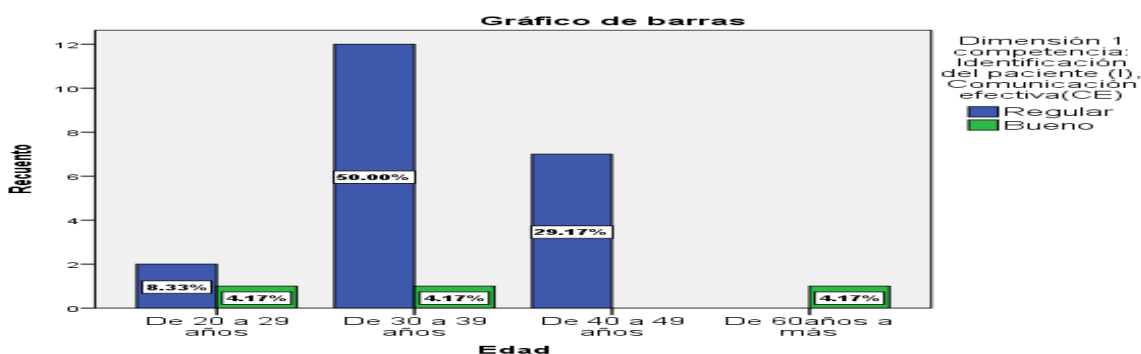
En la tabla 24 y gráfica 23 se muestra el resultado del cruce de variables entre la edad y la dimensión 1 (Identificación del paciente, Comunicación efectiva), encontrando que los enfermeros de 20 a 29 años el 66.7% su evaluación fue regular y el 33.3% fue bueno. El personal con edades entre 30 y 39 el 92.3% tuvieron una evaluación regular y solo el 7.7% su evaluación fue bueno. El personal de 40 a 49 años el 100% su evaluación fue regular y el personal de 60 años a más el 100% evaluó e bueno.

Tabla 24: Cruce de variables entre la edad del personal de enfermería del área quirúrgica y la dimensión 1 competencia: Identificación del paciente (I), comunicación efectiva (CE)

Edad	Dimensión 1 competencia: Identificación del paciente (I), Comunicación efectiva (CE)		Total
	Regular	Bueno	
De 20 a 29 años	2 66.7%	1 33.3%	3 100.0%
De 30 a 39 años	12 92.3%	1 7.7%	13 100.0%
De 40 a 49 años	7 100.0%	0 0.0%	7 100.0%
De 60 años a más	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
Total	21 87.5%	3 12.5%	24 100.0%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 23: Cruce de variables entre la edad del personal de enfermería del área quirúrgica y la dimensión 1 competencia: Identificación del paciente (I), Comunicación efectiva (CE)



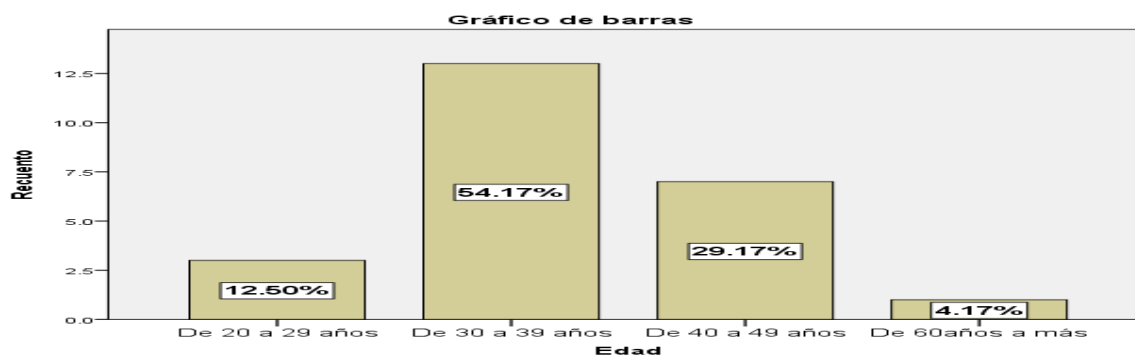
Con respecto al cruce de variables entre la edad y la dimensión 2 (Asepsia en la intervención quirúrgica del programa de procedimientos seguros) se encontró que los enfermeros con edades de 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49 y de 60 años a más, todos han evaluado en bueno. Tal como se muestra en la tabla 25 y gráfica 24.

Tabla 25: Cruce de variables entre la edad del personal de enfermería del área quirúrgica y la dimensión 2 Asepsia en la intervención Quirúrgica del programa de procedimientos seguros

Edad	Dimensión 2 Asepsia en la intervención Quirúrgica del programa de procedimientos seguros	Total
	Bueno	
De 20 a 29 años	3 100.0%	3 100.0%
De 30 a 39 años	13 100.0%	13 100.0%
De 40 a 49 años	7 100.0%	7 100.0%
De 60 años a más	1 100.0%	1 100.0%
Total	24 100.0%	24 100.0%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 24: Cruce de variables entre la edad del personal de enfermería del área quirúrgica y la dimensión 2 Asepsia en la intervención quirúrgica del programa de procedimientos seguros



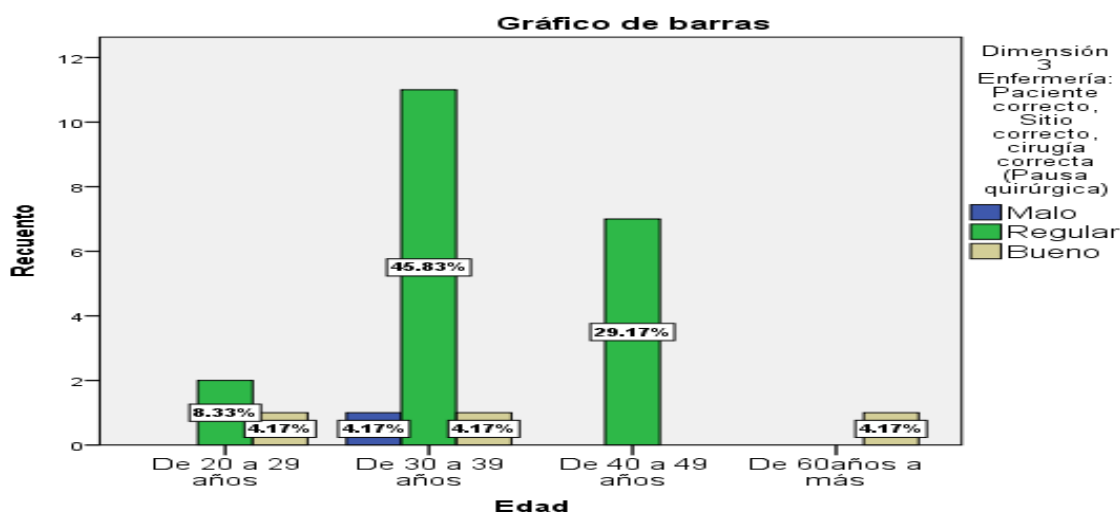
En la tabla 26 y gráfica 25 se observa el resultado del cruce de variables entre la edad y la dimensión 3 (Enfermería: Paciente correcto, Sitio correcto, cirugía correcta (Pausa quirúrgica)), se encontró que los enfermeros con edades 20 a 29 el 66.7% tuvieron una evaluación de regular y el 33.3% fue bueno, los enfermeros con edades de 30 a 39 años el 84.6% evaluaron en regular y un 7.7% evaluó en malo. Los enfermeros con edades de 40 a 49 años el 100% evaluó en regular. y los enfermeros con edades de 60 años a más el 100% evaluó en bueno.

Tabla 26: Cruce de variables entre la edad del personal de enfermería del área quirúrgica y la dimensión 3 Enfermería: paciente correcto, sitio correcto, cirugía correcta (pausa quirúrgica)

Edad	Dimensión 3 Enfermería: Paciente correcto, Sitio correcto, cirugía correcta (Pausa quirúrgica)			Total
	Malo	Regular	Bueno	
De 20 a 29 años	0 0.0%	2 66.7%	1 33.3%	3 100.0%
De 30 a 39 años	1 7.7%	11 84.6%	1 7.7%	13 100.0%
De 40 a 49 años	0 0.0%	7 100.0%	0 0.0%	7 100.0%
De 60 años a más	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
Total	1 4.2%	20 83.3%	3 12.5%	24 100.0%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 25: Cruce de variables entre la edad del personal de enfermería del área quirúrgica y la dimensión 3 Enfermería: Paciente correcto, sitio correcto, cirugía correcta (Pausa quirúrgica)



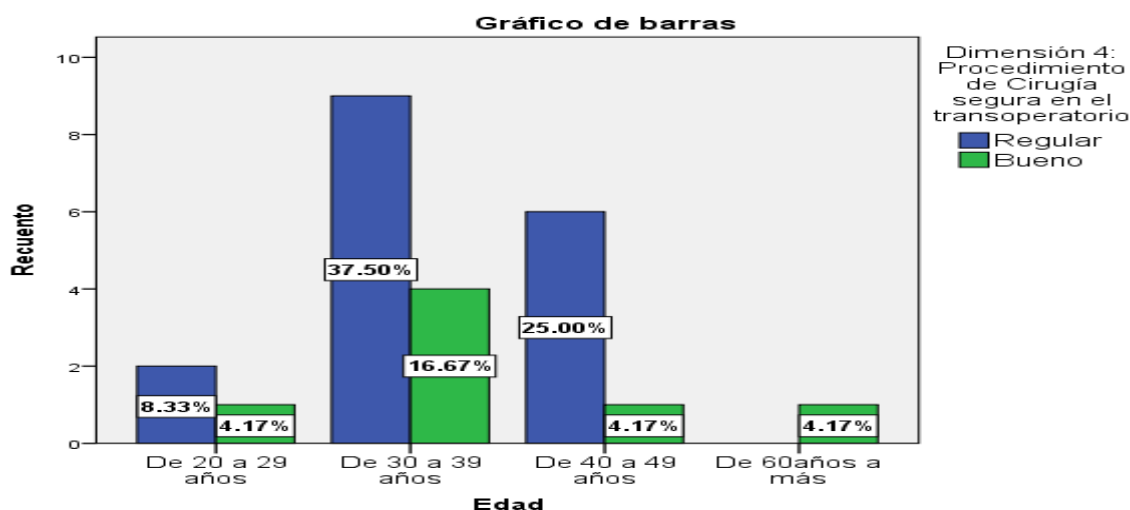
En el cruce de variables de la edad y la dimensión 4: (Procedimiento de Cirugía segura en el trans-operatorio) se encontró que los enfermeros con edad de 20 a 29 años de edad el 66.7% tuvo una evaluación regular y el 33.3% su evaluación fue buena. De los enfermeros de 30 a 39 años el 69.2% evaluó de regular y un 30.08% fue bueno. Del personal con edades entre 40 a 49 años el 85.7% su evaluación fue regular y el 14.3% fue buena. Y los enfermeros de 60 años a más el 100% su evaluación fue buena, tal como se muestra en la tabla 27 y gráfica 26.

Tabla 27: Cruce de variables entre la edad del personal de enfermería del área quirúrgica y la dimensión 4: Procedimiento de cirugía segura en el trans-operatorio

Edad	Dimensión 4: Procedimiento de Cirugía segura en el trans-operatorio		Total
	Regular	Bueno	
De 20 a 29 años	2 66.7%	1 33.3%	3 100.0%
De 30 a 39 años	9 69.2%	4 30.8%	13 100.0%
De 40 a 49 años	6 85.7%	1 14.3%	7 100.0%
De 60 años a más	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
Total	17 70.8%	7 29.2%	24 100.0%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 26: Cruce de variables entre la edad del personal de enfermería del área quirúrgica y la dimensión 4: Procedimiento de Cirugía segura en el trans-operatorio



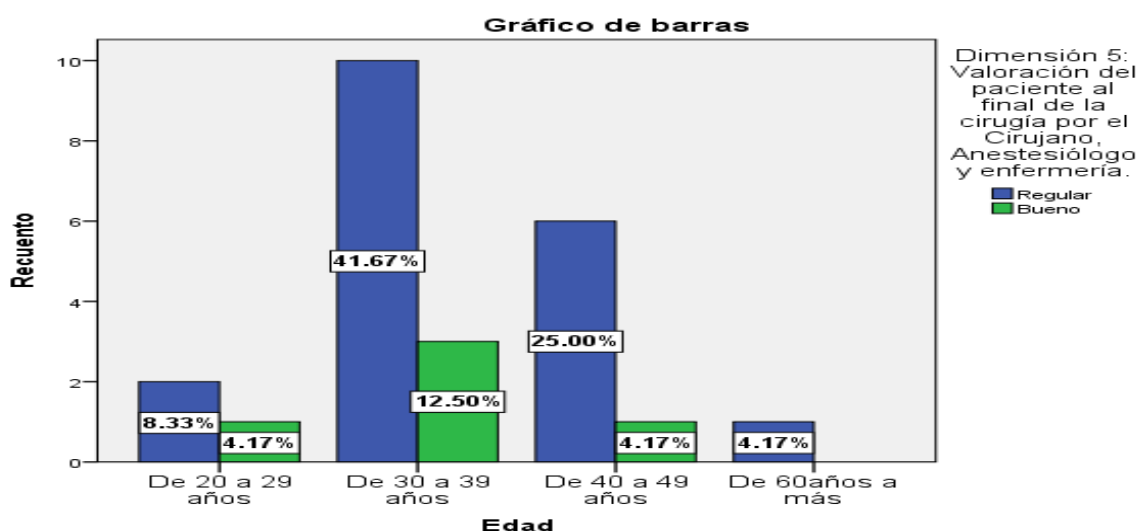
Con respecto al cruce de variables entre la edad y la Dimensión 5 (Valoración del paciente al final de la cirugía por el Cirujano, Anestesiólogo y enfermería) se encontró que los enfermeros con edades de 20 a 29 años el 66.7% tuvieron una evaluación regular y el 33.3% fue bueno. Del personal con edades entre los 30 a 39 años el 76.9% presentaron una evaluación regular y el 23.1% fue bueno. De los enfermeros con edades de 40 a 49 años el 85.7% obtuvo una evaluación regular mientras que el 14.3% fue buena. Y de los enfermeros con 60 años a más el 100% tuvieron una evaluación regular, así se muestra en la tabla 28 y gráfica 27.

Tabla 28: Cruce de variables entre la edad del personal de enfermería del área quirúrgica y la dimensión 5: Valoración del paciente al final de la cirugía por el cirujano, anestesiólogo y enfermería.

Edad	Dimensión 5: Valoración del paciente al final de la cirugía por el Cirujano, Anestesiólogo y enfermería.		Total
	Regular	Bueno	
De 20 a 29 años	2 66.7%	1 33.3%	3 100.0%
De 30 a 39 años	10 76.9%	3 23.1%	13 100.0%
De 40 a 49 años	6 85.7%	1 14.3%	7 100.0%
De 60 años a más	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
Total	19 79.2%	5 20.8%	24 100.0%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 27: Cruce de variables entre la edad del personal de enfermería del área quirúrgica y la Dimensión 5: Valoración del paciente al final de la cirugía por el cirujano, anestesiólogo y enfermería.



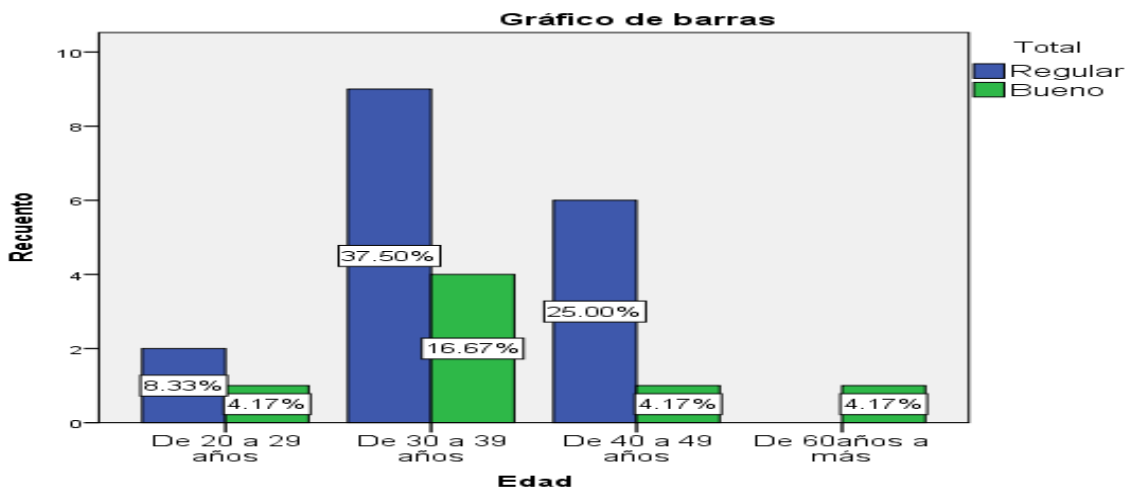
Al realizar el cruce de variables entre la edad y la evaluación total sobre el apego a la lista de verificación de cirugía segura en las intervenciones quirúrgicas de una cirugía mayor electiva en personal de enfermería área quirúrgica en el Hospital Regional Vicente Guerrero del IMSS, se encontró que los enfermeros en edades de 20 a 29 años de edad el 66.7% su evaluación fue regular y el 33.3% fue buena. De los enfermeros con edades entre 30 a 39 el 69.2% tuvo una evaluación regular mientras que el 30.8% fue bueno. De los enfermeros con edades entre 40 a 49 años el 85.7% evaluaron en regular mientras que el 14.3% fue bueno. Y de los enfermeros de 60 años a más el 100% fue bueno, tal como se muestra en la tabla 29 y gráfica 28.

Tabla 29: Cruce de variables entre la edad del personal de enfermería del área quirúrgica y la evaluación total

Edad	Evaluación total		Total
	Regular	Bueno	
De 20 a 29 años	2	1	3
	66.7%	33.3%	100.0%
De 30 a 39 años	9	4	13
	69.2%	30.8%	100.0%
De 40 a 49 años	6	1	7
	85.7%	14.3%	100.0%
De 60 años a más	0	1	1
	0.0%	100.0%	100.0%
Total	17	7	24
	70.8%	29.2%	100.0%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 28: Cruce de variables entre la edad del personal de enfermería del área quirúrgica y la evaluación total



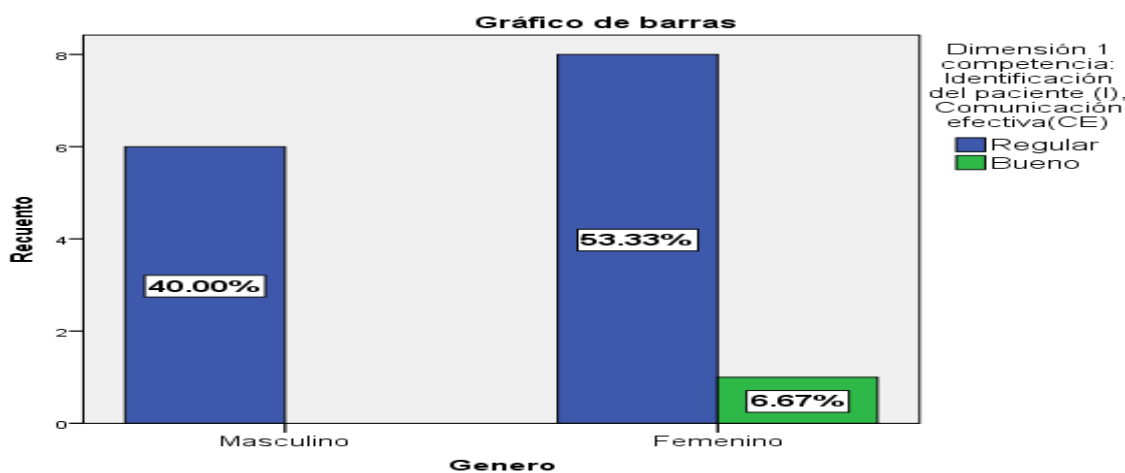
En la tabla 30 y gráfica 29 se muestra el resultado sobre el cruce de variables entre el sexo y la dimensión 1 (competencia: Identificación del paciente y comunicación efectiva), se encontró que los hombres el 100% tuvo una evaluación regular. de las mujeres el 88.9% su evaluación fue regular y el 11.1% fue buena.

Tabla 30: Cruce de variable entre el género y la dimensión 1 competencia: Identificación del paciente (I), Comunicación efectiva (CE)

Genero	Dimensión 1 competencia: Identificación del paciente (I), Comunicación efectiva(CE)		Total
	Regular	Bueno	
Masculino	6	0	6
	100.0%	0.0%	100.0%
Femenino	8	1	9
	88.9%	11.1%	100.0%
Total	14	1	15
	93.3%	6.7%	100.0%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 29: Cruce de variable entre el género y la dimensión 1 competencia: Identificación del paciente (I), comunicación efectiva (CE)



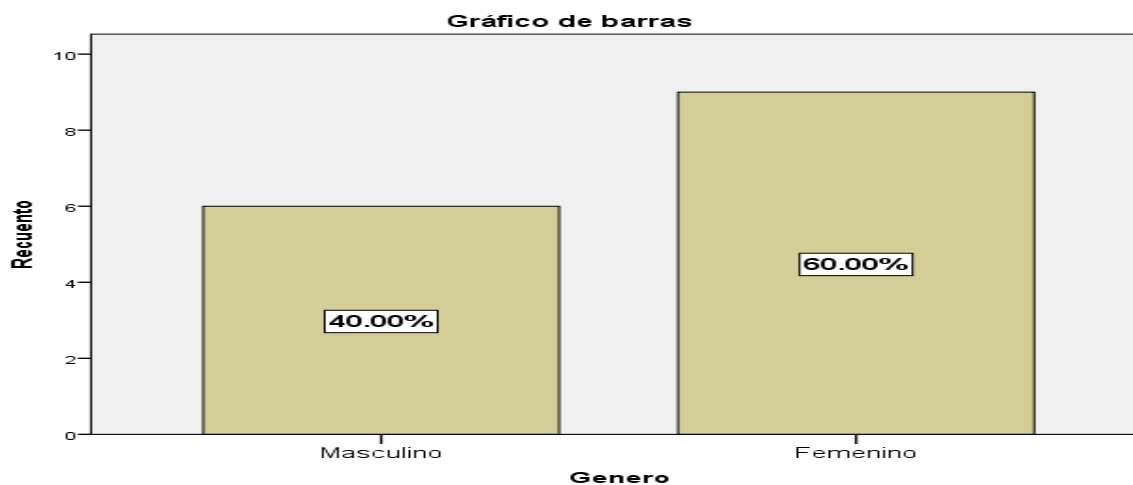
La tabla 31 y gráfica 30, lo cual muestra el resultado sobre el cruce de variables entre el género y la dimensión 2 (Asepsia en la intervención Quirúrgica del programa de procedimientos seguros), se encontró que los hombres y las mujeres tuvieron una evaluación buena, ya que en ambos fue el 100%.

Tabla 31: Cruce de variables entre el género y la dimensión 2: Asepsia en la intervención quirúrgica del programa de procedimientos seguros (OMS 2008)

Genero	Dimensión 2 Asepsia en la intervención Quirúrgica del programa de procedimientos seguros	Total
Masculino	Bueno	6
		100.0%
Femenino	Bueno	9
		100.0%
Total	Bueno	15
		100.0%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 30: Cruce de variables entre el género y la dimensión 2 Asepsia en la intervención quirúrgica del programa de procedimientos seguros.



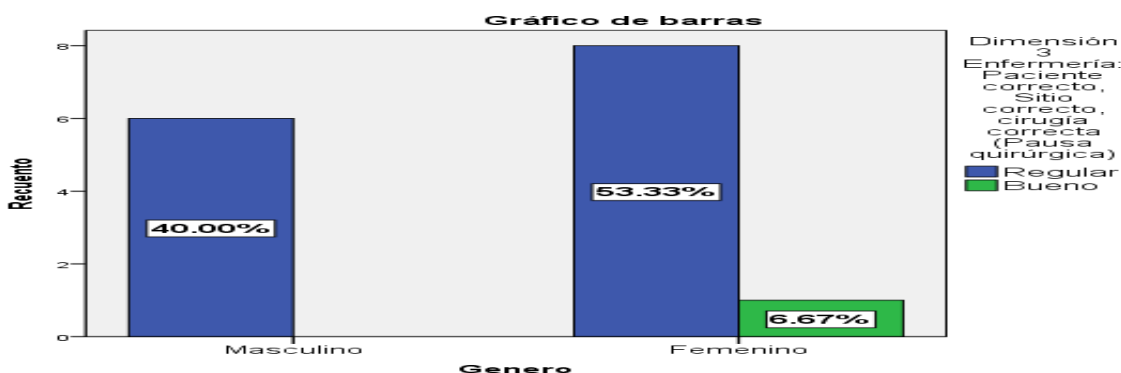
Al realizar el cruce de variables entre el género y la dimensión 3 (Enfermería: Paciente correcto, Sitio correcto, cirugía correcta (Pausa quirúrgica)), se encontró que el 100% de los hombres su evaluación fue regular. De las mujeres el 88.9% tuvo una evaluación regular y el 11.1% fue buena, así se observa en la tabla 32 y gráfica 31.

Tabla 32: Cruce de variables entre el género y la dimensión 3 Enfermería: Paciente correcto, Sitio correcto, cirugía correcta (Pausa quirúrgica)

Genero	Dimensión 3 Enfermería: Paciente correcto, Sitio correcto, cirugía correcta (Pausa quirúrgica)		Total
	Regular	Bueno	
Masculino	6	0	6
	100.0%	0.0%	100.0%
Femenino	8	1	9
	88.9%	11.1%	100.0%
Total	14	1	15
	93.3%	6.7%	100.0%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 31: Cruce de variables entre el género y la dimensión 3 Enfermería: Paciente correcto, Sitio correcto, cirugía correcta (Pausa quirúrgica)



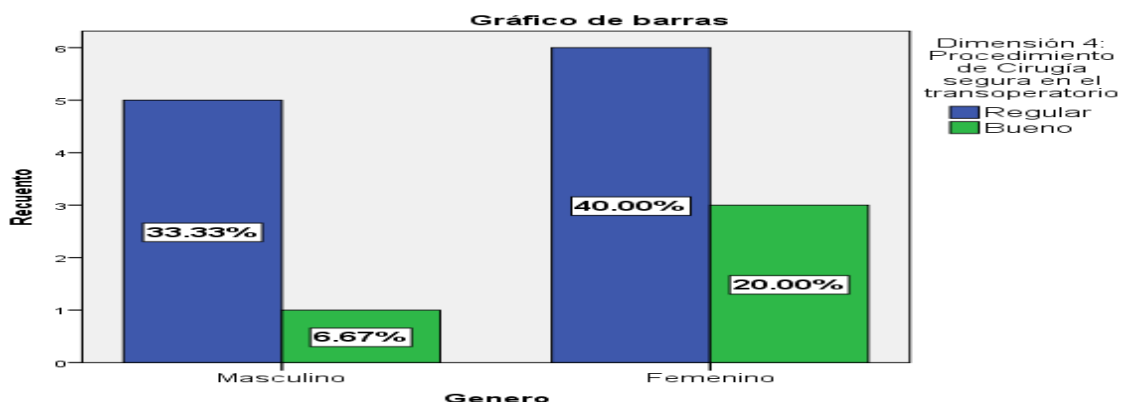
En la tabla 33 y gráfica 32 se muestra el resultado sobre el cruce de las variables del género y la dimensión 4 (Procedimiento de Cirugía segura en el trans-operatorio), lo cual se encontró que de los hombres el 83.3% evaluó en regular mientras que el 16.7/ evaluó en bueno. De las mujeres el 66.7% obtuvo una evaluación regular mientras que el 33,3% fue bueno,

Tabla 33: Cruce de variables entre el género y la dimensión 4: Procedimiento de cirugía segura en el trans-operatorio

Genero	Dimensión 4: Procedimiento de Cirugía segura en el trans-operatorio		Total
	Regular	Bueno	
Masculino	5	1	6
	83.3%	16.7%	100.0%
Femenino	6	3	9
	66.7%	33.3%	100.0%
Total	11	4	15
	73.3%	26.7%	100.0%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 32: Cruce de variables entre el género y la dimensión 4: Procedimiento de Cirugía segura en el trans- operatorio



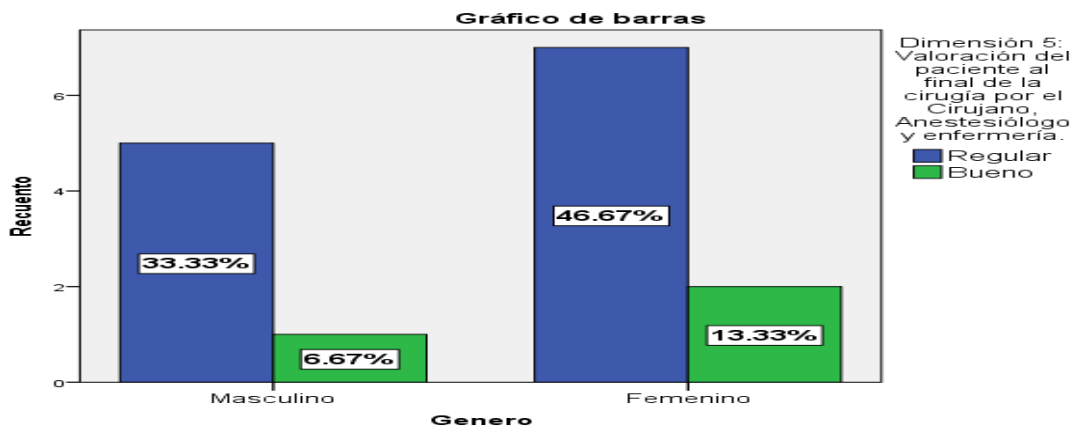
Con respecto al cruce de las variables género y la dimensión 5 (Valoración del paciente al final de la cirugía por el Cirujano, Anestesiólogo y enfermería) se encontró que de los hombres el 83.3% obtuvo una evaluación regular y solo un 16.7% fue bueno. De las mujeres el 77.8% tuvieron una evaluación regular, mientras que el 22.2% su evaluación fue de bueno, así se muestra en la tabla 34 y gráfica 33.

Tabla 34: Cruce de variables entre el género y la dimensión 5: Valoración del paciente al final de la cirugía por el cirujano, anestesiólogo y enfermería.

Genero	Dimensión 5: Valoración del paciente al final de la cirugía por el Cirujano, Anestesiólogo y enfermería.		Total
	Regular	Bueno	
Masculino	5	1	6
	83.3%	16.7%	100.0%
Femenino	7	2	9
	77.8%	22.2%	100.0%
Total	12	3	15
	80.0%	20.0%	100.0%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 33: Cruce de variables entre el género y la dimensión 5: Valoración del paciente al final de la cirugía por el cirujano, anestesiólogo y enfermería



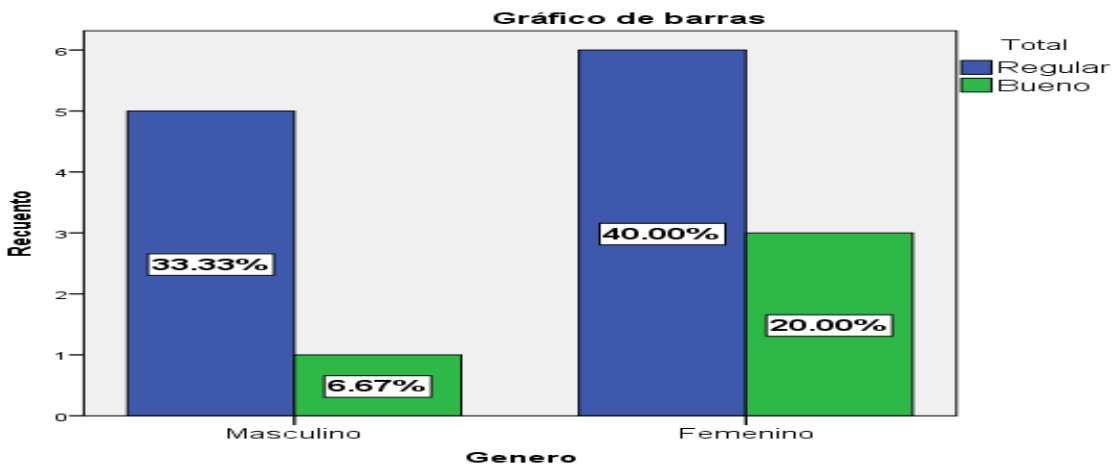
Al cruzar las variables género y la evaluación al apego a la lista de verificación de cirugía segura en las intervenciones quirúrgicas de una cirugía mayor electiva total, en el personal de enfermería área quirúrgica del Hospital Regional Vicente Guerrero del IMSS, se encontró que los hombres el 83.3% obtuvieron una evaluación regular y el 16.7% fue bueno. De las mujeres el 66.7% tuvo una evaluación regular, mientras que el 33.3% su evaluación fue buena, tal como se observa en la tabla 35 y gráfica 34.

Tabla 35: Cruce de variables entre el género y la evaluación Total

Genero	Evaluación Total		Total
	Regular	Bueno	
Masculino	5	1	6
	83.3%	16.7%	100.0%
Femenino	6	3	9
	66.7%	33.3%	100.0%
Total	11	4	15
	73.3%	26.7%	100.0%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 34: Cruce de variables entre el género y la evaluación Total



Dimensiones

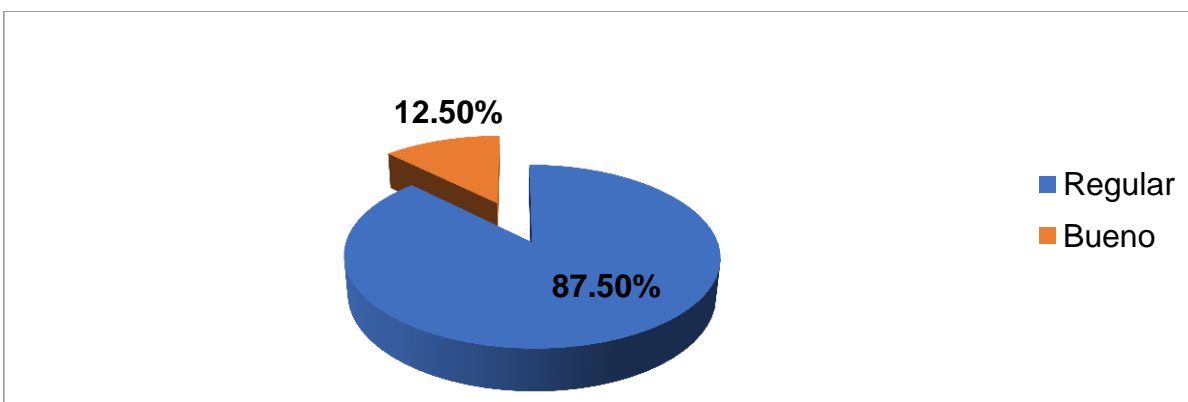
En la tabla 36 y gráfica 35 se muestra el resultado sobre la evaluación de la dimensión 1, se encontró que el 87.50% tuvo una evaluación regular sobre la identificación y comunicación hacia el paciente. Y un 12.5% del personal de enfermería su evaluación fue buena.

Tabla 36: Evaluación de la dimensión 1: Identificación del paciente (I), comunicación efectiva (CE)

	Frecuencia	%
Regular	21	87.50%
Bueno	3	12.50%
Total	24	100.00%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 35: Evaluación de la dimensión 1: Identificación del paciente (I), comunicación efectiva (CE)



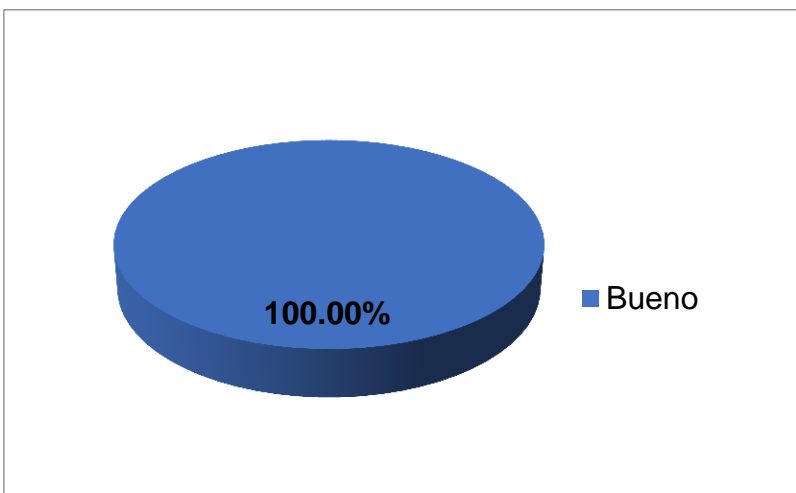
De acuerdo al resultado que se muestra en la tabla 37 y gráfica 36 se encontró que el 100% del personal enfermero del área quirúrgica en el Hospital Regional Vicente Guerrero del IMSS tuvo una evaluación bueno, es decir, todos los enfermeros realizaron muy bien la asepsia en la intervención Quirúrgica del programa de procedimientos seguros.

Tabla 37: Evaluación de la dimensión 2: Asepsia en la intervención Quirúrgica del programa de procedimientos seguros

	Frecuencia	%
Bueno	24	100.00%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 36: Evaluación de la dimensión 2 Asepsia en la intervención Quirúrgica del programa de procedimientos seguros



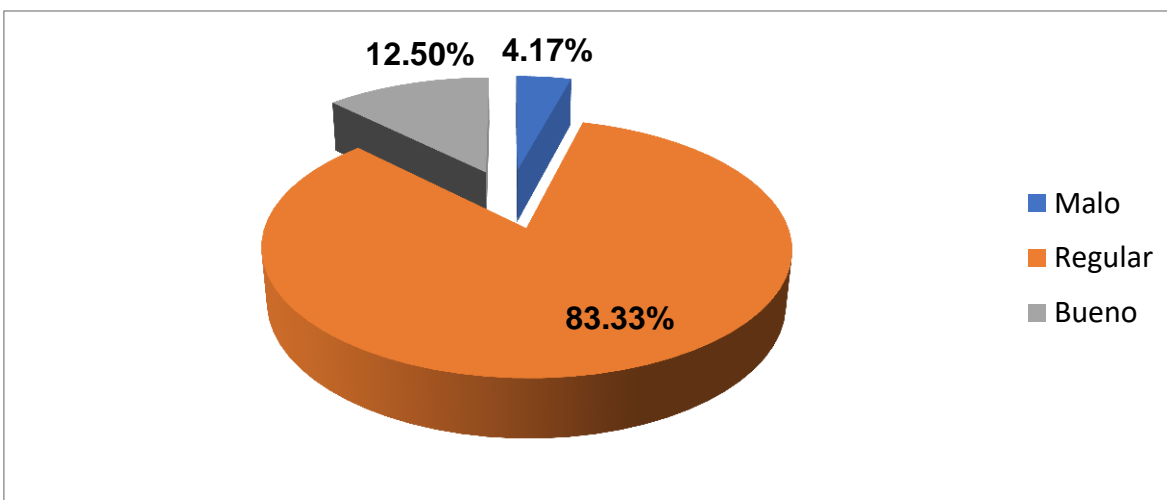
Con respecto a la evaluación de la dimensión 3, se encontró que el 83.33% del personal enfermero del área quirúrgica tuvo evaluaron en regular, mientras que el 4.17% evaluó en malo y solo el 12.50% su evaluación fue de bueno, tal como se observa en la tabla 38 y gráfica 37.

Tabla 38: Evaluación de la dimensión 3 enfermería: Paciente correcto, sitio correcto, cirugía correcta (pausa quirúrgica)

	Frecuencia	%
Malo	1	4.17%
Regular	20	83.33%
Bueno	3	12.50%
Total	24	100.00%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 37: Evaluación de la dimensión 3 enfermería: Paciente correcto, sitio correcto, cirugía correcta (pausa quirúrgica)



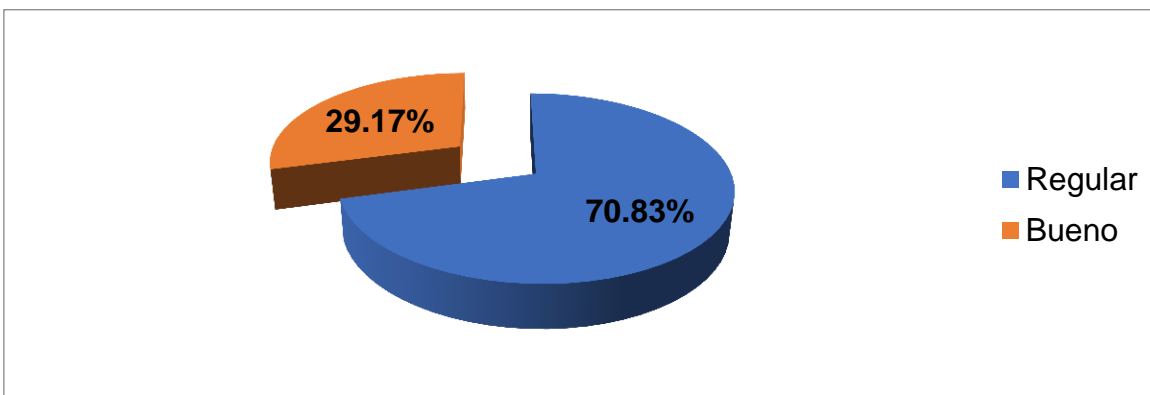
Al evaluar el procedimiento de cirugía segura en el trans-operatorio, lo cual representa a la dimensión 4, se encontró que el 70.83% del personal de enfermería lo regular. Y un 29.17% del personal enfermero del área quirúrgica fue evaluado como bueno, así se muestra en la tabla 39 y gráfica 38.

Tabla 39: Evaluación de la dimensión 4: Procedimiento de cirugía segura en el trans-operatorio

	Frecuencia	%
Regular	17	70.83%
Bueno	7	29.17%
Total	24	100.00%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 38: Evaluación de la dimensión 4: Procedimiento de cirugía segura en el trans operatorio



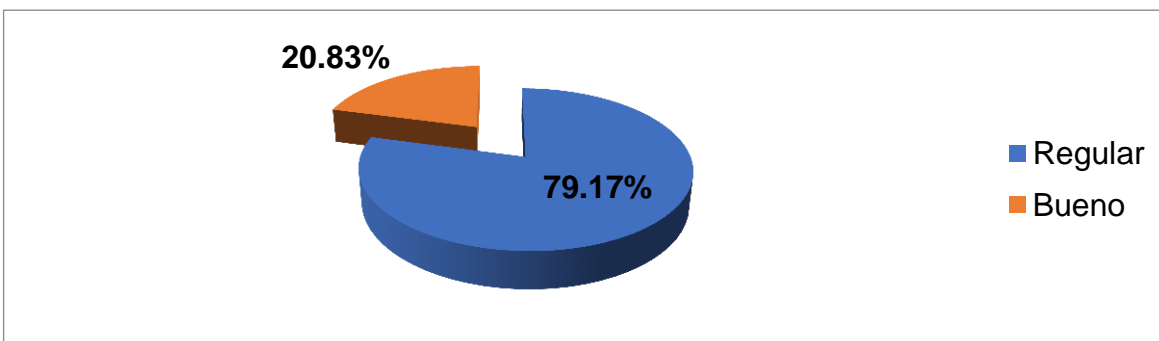
La tabla 40 y gráfica 39, lo cual evalúa la valoración del paciente al final de la cirugía por el cirujano, anesthesiólogo y enfermería, éste representa la dimensión 5. Se encontró que el 79.17% del personal del área quirúrgica tuvo una evaluación de regular y el 20.83% su evaluación fue bueno.

Tabla 40: Evaluación de la dimensión 5: Valoración del paciente al final de la cirugía por el cirujano, anesthesiólogo y enfermería.

	Frecuencia	%.
Regular	19	79.17%
Bueno	5	20.83%
Total	24	100.00%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 239: Evaluación de la dimensión 5: Valoración del paciente al final de la cirugía por el cirujano, anesthesiólogo y enfermería



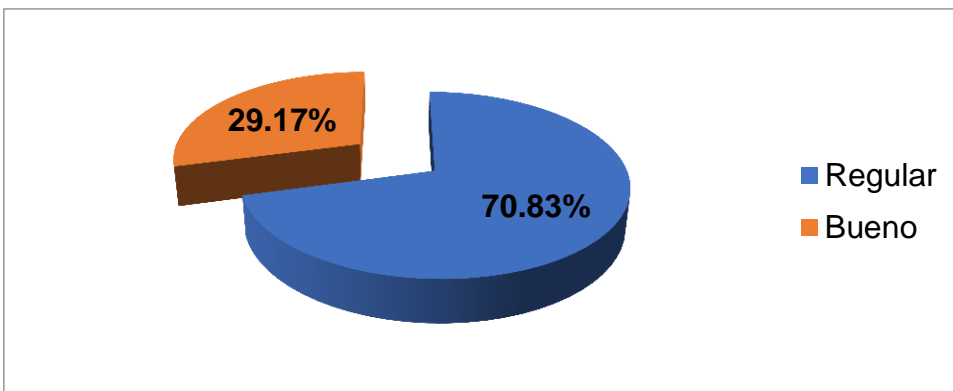
Con respecto a la evaluación total, lo cual fue el apego a la lista de verificación de cirugía segura en las intervenciones quirúrgicas de una cirugía mayor electiva por parte de los enfermeros del área quirúrgica del Hospital Regional Vicente Guerrero del IMSS. Se encontró que el 70.80% de los enfermeros su evaluación fue regular y el 29.17% lo realizó bien, tal como se observa en la tabla 41 y gráfica 40.

Tabla 41: Evaluación total

	Frecuencia	%
Regular	17	70.83%
Bueno	7	29.17%
Total	24	100.00%

Fuente: Encuesta del área quirúrgica Hosp. General Regional Vicente Gro. IMSS

Gráfica 40: Evaluación total



6. Propuestas y Conclusiones:

Cuando inicias un trabajo de investigación, se apertura la puerta que no vistes, desde su inició, ya que frecuentemente se comete el error de señalamientos inequívocos, de la práctica de enfermería, donde señalas el problema, lo planteas con indicadores, que al ir abordándolos, aparecen factores que no se consideraron , porque solo estabas viendo lo que en su momento se fueron problemas. En este sentido, este es el nuevo paradigma de visión de enfermería especialista en la gestión y docencia de enfermería, tu texto se convierte en contexto pluridisciplinar para el desarrollo de una gestión de calidad de salud, al usuario, el cual al elaborar, pilotear y aplicar la cedula que se utilizo como instrumento se concluye que:

- 1) En relación al proceso de la lista de verificación de cirugía segura, en cuanto a la identificación del paciente y comunicación efectiva (dimensión 1) , se considera que el personal de enfermería del área quirúrgica, se encuentra informado del proceso del cuidado, pero dado que fallaron en algún punto del proceso la mayoría del personal su intervención estuvo en la categoría de regular.
- 2) En la dimensión 2, referente a la asepsia en el perioperatorio, todo el personal de enfermería del área quirúrgica lo realizo con calidad.
- 3) En la LVCS se señala en la dimensión 3, los indicadores de paciente correcto, sitio correcto, cirugía correcta, para evitar eventos adverso, la mayoría del personal de enfermería se encontró que el cuidado lo realiza regular , es decir en alguna parte del proceso tuvieron una solo indicador no cumplido, pero lo grave es una persona no lo realiza, concluyendo que el personal si está informado, lo que debe hacerse, pero que por motivos de tiempos por cirugía no se realizó con calidad.
- 4) En la dimensión 4 sobre la cirugía segura en el trans-operatorio, la mayoría del personal, lo realiza de regular en un momento dado no se cubrió un indicador necesario para tener cirugía segura, propuesto en la lista de cotejo con lo que se midió.
- 5) En la evalúa la valoración del paciente al final de la cirugía por el cirujano, anestesiólogo y enfermería, este indicador tuvo un sesgo, ya que no se estaba midiendo al médico y anestesiólogo, solo al personal de enfermería a través de los diagnósticos de enfermería y el registro que lleva a cabo en la nota de enfermería,

considerando que enfermería debe de conocer los indicadores de anestesia como son las tablas de Mallampati o Patill Aldreti, utilizada previniendo los posibles riesgos.

La intervención del cuidado de enfermería para la seguridad del paciente en cirugía segura, en el instrumento utilizado no solo abarca, la lista de verificación si no, que se agregan las 4 acciones que se realizan el área quirúrgica, considerando necesario capacitación continua, por lo que se propone un taller de cirugía segura, anexando la propuesta del programa con el objetivo de 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 Regional Vicente Guerrero del IMSS.

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 quirófanos” . Rev. Cubana Cir vol 54 No. 2 Ciudad de la Habana abr- jun. Hospital Clinicoquirúrgico "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 checklists”. Rev. Latino-Am. Enfermagem. (2017). Cirugía segura: validación de checklist pre y postoperatorio”. Rev, Latinoamericana de Enfermagem. 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 lega.l pp 49.54. Recuperado 17 de agosto 2019, en <http://www.medicolegal.com.co/articulo/subtema/447>
- Carrillo A. AJ., Garcia S.L., Cardenas O,CM., Diaz S.IR, Yabrudy W. N.,(2013)” La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica”. Rev. Electronica 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
- Echeverría Z.S., Sandoval C.F., Gutierrez 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 condos, 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
- Hernandez S.R., Mendoza C.(2018). “Metodologica de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Editorial Mc Graw Hill Education. Cd de México. pp 88-92.Recuperadp 5 de septiembre 3019, 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 Peru. 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.medigraphic.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%20ODE%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 arch?q=servicio+quirurgico+definicion+pdf&ei=plivXZDTMIPatAXtq7z4Bg&start=30&sa=N&ved=0ahUKEwiQvtyTzbDIAhUDLa0KHe0VD284FBDy0wMIIgE&biw=1342&bih=600_
- 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%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>

- 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-Infeciosos- 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) “Cheklist 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, Guayán 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 Medica (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 Secretaria de Salud. Recuperado 16 de agosto 2019, en https://www.pediatria.gob.mx/archivos/planeacion/desempe/participa_ciudadan_a2017.pdf

ANEXOS



(Anexo 1)

Acapulco Gro: 26 de agosto 2019

DR. EDGAR BALBUENA HERRERA
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL No. 1 VICENTE GUERRERO
IMSS, ACAPULCO GRO.
P R E S E N T E

CON ATENC: DR. GUSTAVO LEYVA LEYVA
JEFE DE ENSEÑANZA

Por este conducto me es grato saludarle y sirva este oficio para solicitarle a usted, se otorgue permiso a la C. Estudiante de la Especialidad de Gestión y Docencia en Enfermería: Ma. Antonia Medina Estrada, para que realice el trabajo de investigación “Apego del personal de enfermería del área quirúrgica a la lista de verificación para la Seguridad de la Cirugía mayor electiva de gastroenterología, 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 del Hospital Regional No. 1 Vicente Gro. IMSS



(Anexo 2)

POSGRADO DE ESPECIALIDAD DE GESTION Y DOCENCIA EN ENFERMERIA

Acapulco Gro _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Apego del personal de enfermería del área quirúrgica a la lista de verificación para la Seguridad de la Cirugía mayor, Hospital Regional Vicente Gro. IMSS durante el periodo Septiembre/octubre 2019.

Yo,.....identificado (a) como personal del enfermería de labora en el Hospital Regional Vicente Gro, del IMSS, asignada al servicio de quirófanos,, expreso que después de haber sido informado (a) sobre la investigación titulada “Apego del personal de enfermería del área quirúrgica a la lista de verificación para la Seguridad de la Cirugía mayor, Hospital Regional Vicente Gro. IMSS durante el periodo Septiembre/octubre 2019”, cuyo objetivo general es: Evaluar al personal de enfermería 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 Regional Vicente Guerrero del IMSS”; que será realizada por la Estudiante del posgrado de la Especialidad de Gestión y Docencia de Enfermería, de la Facultad de Enfermería No. 2 de la UAGro. : Ma. Antonia Medina Estrada; con el asesoramiento de la Maestra en Ciencias de la Enfermería Eva Barrera Garcia, por lo que me comprometo a que me puede observar, dada su capacidad de estudiante experta en la especialidad de Gestión y Docencia en enfermería. 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 GESTION Y DOCENCIA EN ENFERMERIA

Acapulco Gro _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Apego del personal de enfermería del área quirúrgica a la lista de verificación para la Seguridad de la Cirugía mayor, Hospital Regional Vicente Gro. IMSS durante el periodo Septiembre/octubre 2019.

Yo,.....identificado (a) como paciente,, expreso que después de haber sido informado (a) sobre la investigación titulada “Apego del personal de enfermería del área quirúrgica a la lista de verificación para la Seguridad de la Cirugía mayor, Hospital Regional Vicente Gro. IMSS durante el periodo Septiembre/octubre 2019”, cuyo objetivo general es: Evaluar al personal de enfermería 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 Regional Vicente Guerrero del IMSS”; que será realizada por la Estudiante del posgrado de la Especialidad de Gestión y Docencia de Enfermería, de la Facultad de Enfermería No. 2 de la UAGro. : Ma. Antonia Medina Estrada; con el asesoramiento de la Maestra en Ciencias de la Enfermería Eva Barrera Garcia, 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 GESTION Y DOCENCIA EN ENFERMERIA

Lista de cotejo con rubricas del Proceso de lista de lista de verificación de cirugía segura en el personal de enfermería, del equipo quirúrgico, en Cirugía mayor electiva del Hospital Regional Vicente Guerrero IMSS. Acapulco Gro.

Título: Recolección de datos al personal del equipo quirúrgico:

Enfermería con funciones de Instrumentista, Enfermera con funciones de Circulante, sobre el apego del personal del área quirúrgica a la lista de verificación para la Seguridad de la Cirugía mayor, del Hospital Regional Vicente Gro. del IMSS durante el periodo septiembre / octubre 2019.

Objetivo: Identificar las competencias de seguridad del paciente quirúrgico, a través de la lista de verificación de cirugía segura, antes de la inducción de anestesia, antes de la incisión cutánea y antes de que el paciente salga del quirófano. aplicada cirugía mayor por el personal del área quirúrgica del Hospital Regional Vicente Guerrero del IMSS durante el periodo septiembre / octubre 2019.

Instructivo: Como encuestador identifica, colocando, un circulo en la opción que determines: en preguntas politomica para la identificación del personal de enfermería sobre las competencias que presenta, marcándose, por incisos y dicotómica con pregunta de “Bueno” y “Regular”, 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) Masculine b) Femenino	
Dimensión I Enfermería		
Primera competencia: Identificación del paciente (I) Comunicación efectiva(CE)	A)Valoración Perioperatoria, de la acción de seguridad en el programa de procedimientos seguros: Antes de la Inducción de la anestesia (OMS2008)	

	Bueno	Regular
1) Revisa Dispositivos de identificación: Brazaletes, 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) Diagnóstico, 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 medico/quirurgico 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 quirófanos: a) Paciente confirmado, expediente clínico revisado y nota de registro de enfermería con Dx 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 Medico 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 quirurgico pregunta al equipo: a) El Medico anesthesiólogo 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 Medico 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 anesthesiólogo: 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 homoterapia 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) Cuasifalla, 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,c)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?		

Programa Guía para apego del personal de enfermería en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura (LVCS) , en el Hospital Regional No. 1 Vicente Guerrero IMSS.

Justificación: La lista de verificación de cirugía segura (LVCS), es una herramienta para el personal de enfermería, en mejorar la seguridad del paciente, mediante la reducción del, número de eventos adversos en el perioperatorio, 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 Regional Vicente Guerrero del IMSS.

Límites de tiempo: del 9 de enero al 5 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 semanas para la evaluación de los procesos correctos en el área quirúrgica utilizando la LVCS.

Organización:

A. Area quirúrgica de las salas de cirugía mayor en gastroenterología.

B. Personal de enfermería en las salas de cirugía mayor en gastroenterología.

Talento humano responsable: Jefe de servicio del área quirúrgica.

Talento humano responsable del programa: Enf. Esp. en Gestión y Docencia en Enfermería: Ma. Antonia Medina Estrada.

C. Talento humano asistente: Personal de enfermería de las áreas de cirugía mayor en gastroenterología.

Supervisión: Subjefe 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 fases del perioperatorio.
2. Sesiones clínicas de 30 minutos un día a la semana, sobre la autoevaluación problemas de factores encontradas, para el apego a LVCS.
3. Sesiones clínicas mensuales de autoevaluación sobre las 8 acciones atención en la seguridad del paciente de una hora, citado por la Coordinación 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 perioperatorio.
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 preoperatorio: 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.	Registra los Dx Nanda señalados en la guía, clasificando la estandarización y de dolor, semaforización de riesgo de caídas, úlceras por lesión.

23-01-20	3) Seguridad en el proceso de medicación	Semaforización de medicamentos de alto riesgo. Control de medicamentos por bitácora. Requisitos de orden medica 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 ámpulas 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 Secretaria 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.Preparacion 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 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 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 dispositivos para monitoreo y accesos vasculares	Confirma la ropa del paciente y la coloca de manera segura y confiable , para su uso en el trans operatorio.
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, aplica la NORMA Oficial	El personal de enfermería cumple la norma institucional del uniforme quirúrgico. El personal de enfermería

	.	Mexicana NOM-016-SSA3-2012, respetando las áreas de división área negra, área gris y área blanca.	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/quirurgico 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)oxígeno, d)monitores	Identifica que el anestesiólogo 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 Dx 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	Confirmacion 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 Secretaria 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 húmeda 3) Área de retorno o séptica.	Evalúa el arreglo de mesas y apoya en las debilidades encontradas de conocimiento a la enfermera instrumentista.
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	Confirmacion del medico Especialista
19-03-20	6.2.Médico especialista	El Medico 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	Solicitud del médico especialista para verificar , si el personal ha cumplido el protocolo quirúrgico

		antibiótica, terminando la explicación del proceso quirúrgico pregunta al equipo: a) El Médico anesthesiologo 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.	
26-03-20 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.
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: 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	Técnica quirúrgica de entrega al médico cirujano material y textiles por planos quirúrgicos.	. Evalua 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. -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 anesthesiologo: 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 homoterapia del paciente	Muestras patológicas evidenciadas con etiqueta con nombre completo y fecha de nacimiento, operación realizada piza quirúrgica. Registro hemodinámico evidenciado. Registros de Dx de

		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)	enfermería e intervenciones en el cuidado aplicados.
9-04-20	9. Médico Cirujano pregunta a enfermería y anestesiólogo	El cirujano pregunta si se tiene algún problema en del proceso quirúrgico: Anestesiólogo, enfermera instrumentista y enfermera circulante	Confirma la acción del médico cirujano.
16-04-20	10. Notificación 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) Cuasifalla, 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, Anestesiólogo y enfermería	Realiza nota trans operatorio Cirujano, Anestesiólogo y enfermería	Confirma registros.
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) Venopuncion periférica permeable con suero terapia 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.

