



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

---

**EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LISTA DE VERIFICACIÓN**  
**“CIRUGÍA SEGURA”**

**TRABAJO TERMINAL**

**PARA OBTENER EL GRADO DE**  
**MAESTRÍA EN ENFERMERÍA QUIRÚRGICA**

**PRESENTA**

**L.E. GABRIELA LIMA ROMUALDO.**

**DIRECTORA**

**DRA. EN A.D. GLORIA ÁNGELES ÁVILA.**

**REVISORAS**

**DRA. EN A.D. MARÍA ANTONIETA CUEVAS PEÑALOZA.**

**DRA. EN C.S. MARÍA DOLORES MARTINEZ GARDUÑO.**



**TOLUCA ESTADO DE MÉXICO, OCTUBRE 2017.**

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	
I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
II JUSTIFICACIÓN	17
III OBJETIVOS	19
IV METODOLOGÍA	20
V MARCO REFERENCIA	24
1 ENFERMERÍA	24
1.1 Enfermería en México	25
1.2 Definición de Enfermería	29
1.3 Cuidados de Enfermería	30
1.4 Definición de Cuidado	30
1.5 Clasificación de Cuidado	31
1.6 Etapas Históricas del Cuidado	31
1.7 Funciones Principales de Enfermería	32
1.8 Evolución e Historia de Enfermería Perioperatoria	33
1.8.1 Concepto de Enfermería Perioperatoria	34
1.8.2 Filosofía de la Enfermería Perioperatoria	34
1.8.3 Actividades de Cuidados Perioperatorios	35
1.9 Área Quirúrgica	36
1.9.1 Objetivo	37
1.9.2 Ubicación	37
1.9.3 Entorno Físico	37
1.9.4 Diseño de Quirófano	37
1.9.5 Áreas de Quirófano	38
1.9.6 Características Físicas	38
1.10 Equipo Quirúrgico	40
1.10.1 Equipo Estéril	40

1.10.2	Equipo no Estéril	41
1.11	Periodo Perioperatorio	42
1.11.1	Preoperatorio	43
1.11.2	Transoperatorio	44
1.11.3	Posoperatorio	44
2	PROGRAMA LISTA DE VERIFICACIÓN “CIRUGÍA SEGURA	45
2.1	Antecedentes	45
2.2	Metas Internacionales	47
2.3	Segundo Reto	48
2.4	Objetivo	48
2.5	Líneas de Acción	49
2.6	Diez Objetivos esenciales para la Seguridad de la Cirugía	50
2.7	Principios para Elaboración	52
2.8	Lista de Verificación de Cirugía Segura	53
2.9	Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura	53
2.10	Seguridad del paciente	57
2.11	Definiciones	59
2.12	Modelos que explican el Error Humano	62
2.13	Causas de los Eventos Adversos y Centinela	64
2.14	Prevención de Eventos Adversos y Centinela	65
2.15	Factores que ocasionan Errores en la Cirugía	66
2.16	Recomendaciones para prevenir el Error Médico	67
VI	DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	69
VII	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	71
VIII	CONCLUSIONES	78
IX	SUGERENCIAS	80
X	FUENTES DE INFORMACIÓN	81
XI	ANEXOS	86
	1.- INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	
	2.- CUADROS DE RESULTADOS.	

3.- AUTORIZACION DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN.

4.- AUTORIZACIÓN DEL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN.

# INTRODUCCIÓN

La Alianza Mundial para la seguridad del paciente fue puesta en marcha por el Director General de la Organización Mundial de la Salud en Octubre de 2004. Creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo. El problema de la seguridad de la cirugía está ampliamente reconocido en todo el mundo y surge como una reflexión sobre el tipo de atención médica que brinda cada uno de los integrantes del equipo multidisciplinario de salud. Actualmente la falta de comunicación y trabajo en equipo son factores que pueden propiciar dificultades durante la cirugía.

La Lista de Verificación de Cirugía Segura, aborda la seguridad en la atención quirúrgica, ayuda a garantizar que los equipos sigan de forma sistemática las medidas de seguridad esenciales, minimizando así los riesgos que ponen en peligro la vida y el bienestar del paciente quirúrgico. Su objetivo es mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo definiendo para ello un conjunto básico de normas de seguridad que pueden aplicarse en todos los Estados Miembros de la OMS.

Es una herramienta sencilla y práctica que puede ser utilizada por cualquier equipo quirúrgico del mundo para garantizar medidas de seguridad durante el perioperatorio que aportan al paciente beneficios. La Organización Mundial de la Salud estima que cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura.

Se ha observado en el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”, que la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), no se cumple al cien por ciento, lo que puede suponer un riesgo en la seguridad del paciente, debido a la omisión de pasos durante el perioperatorio, se realiza el llenado de la misma como parte del expediente clínico, sin embargo la responsabilidad y participación del equipo quirúrgico no es compartida, por consiguiente la aplicación de cada uno de los criterios establecidos que la componen, no siempre se llevan a cabo o se realiza de manera inapropiada.

La seguridad es una prioridad y el uso correcto de la Lista de Verificación durante la cirugía tiene como finalidad reducir y/o prevenir las muertes y complicaciones durante las intervenciones quirúrgicas. Debido a los aspectos antes mencionados surge la siguiente interrogante:

¿Se cumple con la aplicación de Lista de Verificación “Cirugía Segura”?, donde el objetivo general de la investigación fue Evaluar la aplicación de Lista de Verificación “Cirugía Segura”, en el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”.

El marco referencial consta de dos capítulos, el Primer capítulo hace alusión a Enfermería, Clasificación del Cuidado de Enfermería, Enfermería Perioperatoria y Área Quirúrgica, el Segundo capítulo describe la iniciativa Cirugía Segura Salva Vidas, creada por la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente, como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de Salud, la cual se presentó oficialmente en Washington D.C. el 1 de Octubre de 2008, esta divide al perioperatorio en tres fases: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (entrada), posterior a la inducción de la anestesia y antes de la incisión quirúrgica (pausa) y antes del cierre de la herida quirúrgica y salida del paciente (salida).

En cuanto a Metodología la investigación tiene un enfoque de estudio cuantitativo, tipo de estudio descriptivo - transversal, con un muestreo no probabilístico a criterio del investigador, una muestra de 22 enfermeras del área quirúrgica de los diferentes turnos adscritas al Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz. Como método de recolección de datos se utilizó la observación no participante, se observó al equipo quirúrgico durante la aplicación de Lista de Verificación de Cirugía Segura sin participar en el procedimiento. El instrumento utilizado fue la Lista de Verificación de Cirugía Segura creada por la OMS, con algunas modificaciones realizadas por el Hospital donde se llevó a cabo el estudio, constó de 23 ítems con respuestas dicotómicas, el proceso estadístico de los datos obtenidos fue través del programa SPSS versión 21, donde se obtuvieron medidas de tendencia central y para la fiabilidad del instrumento se utilizó Kuder de Richardson. El aspecto bioético de la investigación está

fundamentado en La Ley General de Salud y en El Reglamento de La Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud.

Como resultado general de la investigación, se menciona que la aplicación de Lista de Verificación Cirugía Segura es realizada en cada uno de los procedimientos quirúrgico efectuados en el Hospital Materno Perinatal, sin embargo se observaron algunas deficiencias, por lo que se considera importante sensibilizar al personal en cuanto a la aplicación correcta de esta iniciativa, en busca de beneficios para el paciente y/o la prevención de posibles complicaciones.

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La atención quirúrgica es una parte integral de la atención de salud en todo el mundo, se estima que cada año se realizan 234 millones de operaciones. A pesar de que la atención quirúrgica puede prevenir la pérdida de la vida o la integridad física, la práctica de la medicina y cirugía no están exentas de errores y complicaciones. Existen prácticas inadecuadas de seguridad relacionadas con diferentes causas que originan riesgo a los pacientes durante el perioperatorio, razón por la cual es imprescindible saber si los miembros del equipo quirúrgico efectúan de manera adecuada el llenado de la Lista de Verificación Cirugía Segura. (OMS, 2008).

En la 57 Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Ginebra el 11 y 12 de Mayo de 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) crea La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, en respuesta a la resolución de la Asamblea Mundial de Salud, firmada en Washington el 27 de Octubre del mismo año, por todos los países asociados. La Alianza Mundial de la Salud promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención, creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo.

Un elemento fundamental de la Alianza Mundial de la Salud, es la formulación de Retos Mundiales por la Seguridad del Paciente, cada dos años se formula un nuevo reto destinado a impulsar el compromiso con los aspectos relacionados con la seguridad del paciente. El tema elegido para el segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente fue la Seguridad de las Prácticas Quirúrgicas, es así como se crea la iniciativa "Cirugía Segura Salva Vidas". El principio fundamental en la atención a la salud, es la seguridad en el cuidado del paciente, principalmente en aquellos que serán sometidos a cirugía, quienes desean sentirse seguros y confiados de los servicios de salud recibidos. La falta de acceso a una atención quirúrgica de calidad sigue constituyendo un grave problema en gran parte del mundo. La cirugía es un componente esencial de



la asistencia sanitaria en todo el mundo desde hace más de un siglo. Aunque el propósito de la cirugía es salvar vidas, la falta de seguridad en la atención quirúrgica puede provocar daños considerables, originando repercusiones importantes en la salud. Se ha demostrado que el uso correcto se asocia a una reducción significativa en las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales (OMS, 2008).

La Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE) han apoyado la campaña “La Cirugía Segura Salva Vidas”. El Hospital General de Medellín, Colombia implementó en Junio de 2009 la Lista de Verificación de la OMS para la Seguridad en Cirugía. En un estudio realizado durante el 2011, en cuanto a aplicación de Lista de Verificación de Cirugía Segura, los resultados muestran que el ítem de menor cumplimiento, es la presentación completa de todos los miembros del equipo quirúrgico. El anestesiólogo es el profesional que cumple en mayor porcentaje la acción de dar recomendaciones posquirúrgicas. La percepción de seguridad en el servicio de cirugía es alta; un porcentaje importante de pacientes no tuvo temores relacionados con la posibilidad de que se cometieran errores durante el acto quirúrgico, y la mayoría de los pacientes recomiendan este Hospital para intervenciones quirúrgicas. (Collazos, 2013).

En un estudio realizado en El Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", en Argentina un observador no integrante del equipo quirúrgico, efectuó la observación de 387 intervenciones. Ningún miembro del equipo quirúrgico fue informado con anterioridad sobre el proceso. La evaluación comprendía desde la llegada del paciente al área de pre inducción, su ingreso en el quirófano, la inducción anestésica, hasta la realización de la incisión en el sitio quirúrgico por parte del cirujano. Los resultados fueron los siguientes: no se realizó el registro de oximetría de pulso en la fase de inducción en el 61% de los pacientes, la marcación del sitio quirúrgico en el 56% de los casos y la administración de profilaxis antibiótica en el 31% de las cirugías, en cuanto a disponibilidad de equipamiento e insumos, se detectaron ausencia de oxímetros de pulso en el área de inducción anestésica e identificación inadecuada de fármacos de alto riesgo. Las complicaciones que se presentaron estuvieron relacionadas con la anestesia (vómitos) y con la cirugía (infección) y por

consiguiente necesidad de reintervención. Al percatarse de todas estas deficiencias a partir de mayo de 2010 se decidió que la aplicación de Lista de Verificación fuera de práctica obligatoria en todos los actos quirúrgicos. (Dackiewics, 2012).

En un estudio realizado en un Hospital de Buenos Aires, el programa se puso en práctica el 9 de agosto de 2010, los resultados fueron los siguientes: falta de firma en el consentimiento informado por parte del paciente a intervenir, durante el preoperatorio; en el transoperatorio la falta de medidas en la prevención de eventos críticos y en el postoperatorio la omisión de protocolos operatorios y anestésicos así como no identificación de técnica quirúrgica efectuada. Entre las fallas atribuibles a factores no humanos en el preoperatorio fueron viraje en los controles de esterilización del instrumental quirúrgico y falla del laringoscopio (falta de baterías o aparatos con uso deteriorado), transoperatorio problemas con el instrumental o equipos mecánicos que impedían la adecuada realización de la cirugía con márgenes de seguridad (rotura de electrobisturí bipolar, pinzas de aprehensión rotas. (Arribalzaga, 2012).

En un estudio realizado en la Ciudad de Guadalajara, Jalisco se aplicó la Lista de Verificación Quirúrgica en 60 pacientes sometidos a cirugía. Los eventos que alteraron el flujo de la cirugía estuvieron relacionados con factores ambientales, de tecnología e insumos, trabajo en equipo, entrenamiento y procedimientos entre otros. Se detectaron 13 eventos que fueron cuasi error como fuga de sevoflurano y oxígeno en máquinas de anestesia, falta de una aguja de sutura en el conteo final, que se encontró en la cavidad abdominal, cambio de medicamentos (nimbec por invanz); bultos de cirugía con batas húmedas; falla en engrapadora quirúrgica por mal manejo del personal; paciente bajo bloqueo espinal, al que no se le sujetaron los brazos y ocasionó contaminación del campo quirúrgico, logrando una interrupción del flujo normal de la cirugía. (Arenas, 2011).

En un estudio realizado en el Hospital General de México, cuyo objetivo era demostrar que la aplicación de las "Metas Internacionales de Seguridad en el Paciente" disminuía la frecuencia de quejas y/o demandas, los resultados fueron: falta de identificación del equipo quirúrgico, falta de relación médico-paciente e información sobre la

enfermedad. Se identifica claramente y en forma repetitiva, como causa constante de queja o demanda médica, la ausencia de explicaciones relacionadas al consentimiento informado. El estudio indico que si se hubieran aplicado las metas internacionales de seguridad del paciente, el 50% de la quejas hubieran sido prevenidas, por tanto podemos concluir que la aplicación de Lista de Verificación de Cirugía Segura, en forma correcta logra detectar fallas en la atención médica que resulten en eventos adversos y, en consecuencia, previene o aminora la frecuencia de quejas y/o demandas relacionadas con la atención médica. (Campos, 2011)

Actualmente en el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz” se ha observado que la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura, creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) no se cumple al cien por ciento, lo que puede suponer un riesgo en la seguridad del paciente, debido a omisión de pasos durante el procedimiento quirúrgico, el llenado de la hoja se realiza como parte del expediente clínico, sin embargo la participación y responsabilidad de los integrantes del equipo quirúrgico no es de manera equitativa, por consiguiente la verificación de cada uno de los criterios establecidos que la componen, no siempre se efectúa o se realizan de manera inapropiada.

En el Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini, se ha identificado como inconsistencia falta de firma en el consentimiento informado o bien se realiza una vez que el paciente se encuentra en sala quirúrgica minutos antes de iniciar la cirugía, ingreso del paciente a unidad quirúrgica sin que el equipo multidisciplinario esté presente en su totalidad, originando que el paciente pase varios minutos en espera, no identificación por parte del equipo quirúrgico hacia el paciente. La profilaxis antibiótica en algunos casos no se administra o bien se realiza en un tiempo no adecuado, de las tres unidades quirúrgicas con las que cuenta el Hospital, una la mayoría de ocasiones se encuentra bloqueada con pacientes neonatos, ocasionando esto un exceso de pacientes en el área de tococirugía, dando lugar a que se realicen cesáreas en esta área, los partos se realizan en los pasillos sin medidas adecuadas para la madre y el neonato, cabe mencionar que las salas de tococirugía son de menor tamaño, no cuentan con equipo biomédico en su totalidad, el personal es insuficiente

para la integración del equipo quirúrgico, las cirugías en su mayoría son realizadas por médicos residentes y en algunas ocasiones sin la presencia del médico adscrito, la hoja de Lista de Verificación de Cirugía Segura se llena y se firma por el equipo quirúrgico como parte del expediente clínico, sin embargo la aplicación de la misma no se realiza de acuerdo al protocolo establecido por la Organización Mundial de la Salud.

Por los aspectos antes mencionados surge la siguiente interrogante:

¿Se cumple con la aplicación de Lista de Verificación de “Cirugía Segura”?

## **II. JUSTIFICACIÓN**

La calidad y la seguridad de los pacientes no es un tema reciente en la medicina, se encuentran antecedentes en documentos que datan de más de 1000 años antes de Cristo, como el código de Hammurabi en el que se establecen recompensas por tratamientos con resultados exitosos y castigos por resultados adversos por el tratamiento establecido.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa “La Cirugía Segura Salva Vidas”, como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el fin de reducir eventos prevenibles en quirófano. Con el asesoramiento de cirujanos, anestesistas, personal de enfermería y expertos en seguridad del paciente se identificaron una serie de controles de seguridad que podrían llevarse a cabo en cualquier quirófano, para garantizar el nivel óptimo de la seguridad en la cirugía, mediante la aplicación de una Lista de Verificación de Cirugía Segura, que divide el proceso invasivo en tres fases, a) el período anterior a la inducción de la anestesia (entrada), b) posterior a la inducción de la anestesia y antes de la incisión quirúrgica (pausa) y c) antes del cierre de la herida quirúrgica y salida del paciente (salida).

La Lista de Verificación de Cirugía Segura está pensada como herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de las cirugías, reducir el número de complicaciones y muertes quirúrgicas evitables. La cirugía debería ser un beneficio para el paciente, sin embargo la complejidad de la misma implica que se tomen medidas de seguridad para el paciente con el fin de evitar, prevenir o minimizar daños.

La Agencia Americana de Acreditación Joint Commission (JC) tiene desde 1951, el propósito de mejorar la seguridad y la calidad de atención prestada a los pacientes en los hospitales. Fue designada oficialmente para desempeñar conjuntamente la función de Centro Colaborador de la OMS sobre la Seguridad del Paciente en 2005.

Los beneficios que se aportarán con el resultado de la investigación al Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini son: conocer los criterios donde existe mayor problemática durante el acto quirúrgico para implementar estrategias que eviten o disminuyan complicaciones en la salud del paciente, identificar si la aplicación de Lista de Verificación de Cirugía Segura, se realiza de manera adecuada y oportuna de acuerdo al protocolo establecido por la OMS, prevención de posibles eventos adversos durante el perioperatorio que pongan en riesgo la vida del paciente, contribuir en la disminución de factores de muerte materna, evitar demandas que afecten el prestigio de la Institución. Reducir o evitar pérdida de tiempo quirúrgico en cirugías programadas, prevención de complicaciones que ocasionen reingreso del paciente a unidad quirúrgica, contribuir en la disminución de gastos de insumos, impactar en el costo beneficio de la cirugía.

Beneficios para Enfermería identificar áreas de oportunidad para perfeccionar la correcta y oportuna aplicación de la hoja de Cirugía Segura, por medio de actualización y/o capacitación sobre Lista de Verificación de Cirugía Segura, con la finalidad de prevenir situaciones durante el acto quirúrgico que pongan en riesgo la seguridad y vida del paciente. Adquirir experiencia, que es un factor determinante en la disminución de efectos adversos. Optimizar tiempos y recursos, fomentar la comunicación y trabajo en equipo de todos los miembros del equipo multidisciplinario (factor contribuyente de complicaciones).

Beneficios para los pacientes: mejorar la comunicación paciente-personal de salud, para la resolución de dudas respecto al procedimiento quirúrgico al que va hacer sometido, disminución de complicaciones, reducción en los días estancia, evitar o disminuir el reingreso del paciente a unidad quirúrgica, evitar que a los gastos iniciales se anexasen gastos adicionales que se ven reflejados en la economía familiar, incidir en una calidad de atención en salud buscando un beneficio en la seguridad del paciente durante el procedimiento quirúrgico.

### **III. OBJETIVOS**

#### **GENERAL**

Evaluar la aplicación de lista de verificación de cirugía segura.

#### **ESPECÍFICOS**

Describir las características sociodemográficas del personal de enfermería.

Registrar la ejecución de actividades de entrada quirúrgica de lista de verificación.

Verificar la realización de pausa quirúrgica por los integrantes del equipo quirúrgico.

Identificar la realización de actividades en la salida de lista de verificación.

## **IV. METODOLOGÍA**

### **Enfoque de estudio:**

Cuantitativo se estudian los datos, usando la recolección, medición numérica y análisis estadístico de los mismos para su presentación.

Tiene variables que pueden ser medibles, para obtener resultados se recolectan datos numéricos de los objetos, fenómenos o participantes, que estudia y analiza mediante procedimientos estadísticos. (Hernández, 2010).

### **Tipo de estudio:**

Descriptivo: Mide un fenómeno del que se especifican características de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se somete a un análisis. (Hernández, 2010).

Transversal: recolecta datos en un solo momento y en un tiempo determinado. (Hernández, 2010).

Línea de Investigación: Proceso de Enfermería en el Área Clínica.

**Universo de estudio:** 44 Enfermeras del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz” de los turnos Matutino, Vespertino, Nocturno A, B, Especial Diurno y Nocturno.

**Muestra:** 22 enfermeras adscritas al Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz” del área de quirófano de los turnos Matutino, Vespertino, Nocturno A, B, Especial y Especial Diurno que participan en actividades quirúrgicas.

**Tipo de muestreo:** No probabilístico a criterio del investigador: la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características de la investigación. (Hernández, 2010).

**Criterios de inclusión:** enfermeras que están en procedimientos quirúrgicos, con el equipo completo al momento de la investigación. No importa el código de la enfermera, mientras participe como enfermera circulante o instrumentista.



**Método.-** Observación: es la recolección de datos, que consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos o conductas que se manifiestan. (Hernández, 2010). Los estudios observacionales pertenecen al grupo de los estudios descriptivos y con frecuencia tienen el objetivo de cualificar o cuantificar las variables contenidas en el problema a tratar. (Castañeda, 2002).

Observación no participante: la relación es mínima, simplemente por el hecho de que los individuos saben que están siendo observados. Puede ser nula si los individuos no saben que están siendo observados. (Anastas, 2005).

Es un estudio observacional no participante, solo se observó al equipo quirúrgico durante la aplicación de Lista de Verificación de Cirugía Segura y se evaluó la aplicación de cada uno de los criterios establecidos en ella.

**Instrumento de recolección de datos:** se utilizó La Lista de Verificación de Cirugía Segura creada por la OMS, con algunas modificaciones hechas por el Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini”, se integró por 23 ítems, con respuestas dicotómicas. (ANEXO 1).

La lista de Verificación de Cirugía Segura fue creada con el objetivo de mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo. Divide la cirugía en tres fases: a) el periodo anterior a la inducción de la anestesia (entrada), b) posterior a la inducción de la anestesia y antes de la incisión quirúrgica (pausa) y c) antes del cierre de la herida quirúrgica y salida del paciente (salida). Debe haber una única persona encargada de aplicar y llenar la Lista de Verificación, por lo general el coordinador es una Enfermera Circulante, aunque puede ser aplicado por cualquier profesional sanitario.

**Procedimiento de investigación:**

- Fase teórica: para la construcción y fundamentación del marco referencial se obtuvo información por palabras clave de búsqueda (enfermería, cirugía seguridad, OMS), en base de datos (Redalyc, Scielo), así como de documentos del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz” y bibliografía de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UAEM.

- Fase empírica: se presentó el protocolo de investigación y se solicitó la autorización para la aplicación de instrumentos al Comité de Investigación (ANEXO 2) y al Comité de Ética en Investigación del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz” (ANEXO 3). Una vez con la autorización, se eligió el día de aplicación del instrumento en los diferentes turnos y en las cirugías realizadas en dos salas disponibles. Se informó y presentó la autorización a los jefes de servicio del área de quirófano. La evaluación del programa Cirugía Segura se consideró desde la recepción del paciente en el transfer, una vez en unidad quirúrgica, me ubique a un lado de la enfermera circulante para poder realizar el llenado del instrumento. En el turno matutino y vespertino se aplicaron tres instrumentos respectivamente, en nocturno A, B, especial y especial diurno cuatro para cada uno.
- Fase analítica: una vez aplicados los instrumentos se realizó el proceso estadístico de los datos obtenidos a través del programa SPSS versión 21 (Statistical Package for the Social Sciences) de estadística descriptiva para la obtención de porcentajes y medidas de tendencia central. Para la confiabilidad del instrumento se utilizó la Kuder- Richardson por ser una escala dicotómica obteniendo un valor de 0.651, siendo altamente confiable. (Ruiz, 2002, citado en Bernal 2010).

**Aspecto bioético de la investigación:** Declaración de Helsinki.- la Asociación Médica Mundial promulgó esta declaración como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos. Es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación aun cuando hayan otorgado su consentimiento.

La Ley General de Salud establece en el Título Quinto, Art.- 100: La investigación en seres humanos debe adaptarse a los principios científicos y éticos, podrá efectuarse cuando exista la seguridad de que no expone a riesgos o daños al sujeto en experimentación, se deberá contar con el consentimiento informado, solo podrá

realizarse por profesionales de la salud y en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de autoridades sanitarias.

El Reglamento de La Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en su Título II, Capítulo I, destaca en los artículos 13-27 lo siguiente: en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio debe prevalecer el respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. De acuerdo al Art. 17 de este Reglamento es una Investigación sin riesgo, se emplean técnicas y métodos de investigación documental en los que no se realiza ninguna intervención o modificación en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio. En el Art. 23 señala: tratándose de investigaciones sin riesgo, se podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

## **V. MARCO REFERENCIAL**

### **CAPÍTULO I ENFERMERÍA**

Hay quienes opinan que la enfermería nació con Florence Nightingale, pero la realidad es que es tan antigua como la humanidad, por ello se le ha denominado la más antigua de las artes y la más joven de las profesiones. (Donahue, 1985). A su vez el historiador Robinson ha afirmado que la “enfermera es el espejo en el que se refleja la situación de la mujer a través de los tiempos. (Robinson, 1946 citado en Arroyo, 2011).

Desde el punto de vista científico el estudio de los orígenes de enfermería como oficio reconocido se divide en dos etapas: la primera, que comprende desde las primeras culturas existentes hasta el siglo XIX, nos habla del enfermero entendido como la persona que propicia cuidados a un enfermo o persona incapaz de valerse por sí misma. De esta etapa se conocen pocos detalles ya que prácticamente no existen fuentes, ni testimonios escritos y por tanto, los conocimientos del oficio se realizaban mediante la transmisión oral y el aprendizaje práctico. Hacia el final de esta primera etapa aparecen los primeros escritos breves asociados a enfermería que tienen su origen en un mundo monástico, cuna de la cultura de los primeros escritores. El interés y preocupación de la iglesia por los enfermos y los marginados sociales se basa en los valores cristianos de la caridad, la igualdad y la ayuda al desamparado. Además era la única institución con estos valores que disponía de suficientes recursos para crear hospitales y asilos.

La segunda etapa de la enfermería se inicia en el siglo XIX con las reflexiones de los intelectuales sobre las tareas realizadas por esas personas conocidas como cuidadores. El primer manual conocido de enfermería como disciplina data de 1617 y recoge una serie de instrucciones para enfermeros donde se describen técnicas y procedimientos para practicar a los enfermos. Uno de los primeros programas oficiales de formación para las enfermeras comenzó en 1836 en Alemania, a cargo del pastor protestante Theodor Fliedner. Así pues, empiezan a florecer las enseñanzas teóricas

de esta disciplina y se va produciendo de forma paulatina una institucionalización como profesión.

A pesar de estos primeros manuales, el primer referente que consiguió posicionar la enfermería como un oficio imprescindible en la sociedad fue Florence Nightingale, una de las primeras cuidadoras que escribió sobre su trabajo refiriéndose a él como “tareas de enfermera” y por ello, es considerada la madre de la enfermería moderna. De origen social elevado, sus creencias religiosas la llevaron a rechazar el papel al que estaba destinada como mujer de clase alta y dedicarse al cuidado de los soldados heridos. En 1860 instauró los cimientos de la enfermería profesional y estableció una escuela propia de enfermería en Londres llamada Saint Thomas Hospital que aun funciona en la actualidad. La llegada de las escuelas de enfermería de Nightingale y los heroicos esfuerzos y reputación de esta mujer transformaron la concepción de la enfermería en Europa y establecieron las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida. Después de la II Guerra Mundial, el personal de enfermería ha comenzado también a especializarse en áreas particulares de asistencia sanitaria (quirúrgicas, dentales, maternidad, psiquiatría y salud comunitaria). (Hernández, 1995).

## **1.1 ENFERMERÍA EN MÉXICO**

El 6 de Enero se celebra en México el Día de la Enfermera, en virtud de que el médico José Villagrana, director del Hospital Juárez de México, calificó como un regalo de reyes para los pacientes la presencia de las enfermeras. La historia de la enfermería se remonta a las primeras enfermeras monásticas e islámicas en la Edad Media, aunque se considera a Florence Nightingale (1820-1910) como la madre de la enfermería moderna y creadora del primer modelo conceptual de enfermería.

En el momento en el que se da el encuentro de dos mundos vemos que se inicia en México una nueva etapa histórica, y con esto una nueva manera de practicar la enfermería. En la época colonial por el distinto bagaje inmunológico de americanos y españoles, se iniciaron una serie de epidemias desastrosas para la población indígena, como viruela, sarampión, gripe y paludismo, con los esclavos negros vino la fiebre amarilla y el dengue. En nuestro país, con la llegada de los españoles así como con el

inicio de la época de la Colonia la regulación de los establecimientos y el ejercicio de las profesiones enfocadas a la curación y atención de los enfermos estuvieron a cargo del Tribunal de Protomedicato. El Protomedicato fue un Tribunal que establecieron los Reyes de España en varias ciudades y provincias de sus dominios, con el objeto de vigilar el ejercicio profesional de los médicos, cirujanos, boticarios y parteras. En México, esta importante institución de la salud pública fue fundada en 1527.

En este período colonial, se inició la educación universitaria de México, pues el Imperial Colegio de la Santa Cruz se transformó en la Real y Pontificia Universidad de México. La educación en el ámbito de Enfermería se inició con las escuelas de parteras, debido a que en estas épocas, las mujeres morían principalmente por complicaciones en el embarazo, parto y puerperio. Ignacio Torres médico registrado ante el Protomedicato, hizo un esfuerzo durante el virreinato por enseñar a las parteras, obligándolas a prestar un servicio más eficiente, del tal manera que en marzo de 1831, poco antes de la extinción del tribunal Protomedicato, abrió una escuela para dar lecciones de obstetricia y así desterrar algunas prácticas consideradas perjudiciales, las clases eran gratuitas con un total de 15 lecciones, dos veces por semana; era requisito saber bautizar, leer y escribir, con duración de dos años; el diploma se obtenía previo examen hecho por un catedrático y un cirujano. Los requisitos de ingreso a la carrera de partera eran muy semejantes: mujeres de 18 años, de intachable moralidad, de preferencia casadas o viudas, de constitución sana, conocimientos de lectura y escritura, idioma nacional, francés y aritmética.

En el ámbito educativo, desde 1900 se iniciaron los intentos por capacitar a las enfermeras que laboraban en el Hospital de San Andrés en la Ciudad de México, el Dr. Eduardo Liceaga puso gran empeño en ello trayendo incluso a enfermeras extranjeras para hacerse cargo de la educación de las enfermeras ante la necesidad urgente de preparar al personal que habría de trabajar en el Hospital General de México, inaugurado el 5 de febrero de 1905. El doctor Eduardo Liceaga, siendo Director de los Servicios Médicos del Hospital de Maternidad e Infancia, en 1900 le solicitó al Presidente Díaz, autorización para establecer la Escuela de Enfermeras de la Ciudad de México, la cual fue inaugurada el 9 de febrero de 1907.

Hubo influencia alemana y norteamericana en la preparación de las enfermeras mexicanas por los nexos que el doctor Liceaga tenía, la enseñanza de enfermería consistía en limpieza y uso del uniforme, preparación de la unidad del paciente, tendido de camas, observación de síntomas, registro de signos vitales, reporte de enfermería, baño y cambio de ropa, preparación y administración de alimentos y medicamentos, duchas, esterilización, preparación y manejo de material quirúrgico, cirugía menor, curaciones, actuación en la sala de operaciones, cuidado en cirugía abdominal y corneal.

Se puede distinguir en esta etapa de la enfermería en México, que no hubo hombres que accedieran a estudiar enfermería, situación que se asocia a que ellos tenían mayor acceso a la educación y por lo tanto estudiaban otras profesiones. Las enfermeras alemanas, Maude Dato y Gertrudis Fedrich fungieron como instructoras y a su vez fueron nombradas jefa y subjefe de enfermeras del Hospital General de México cargo que ocuparon hasta 1906. Posteriormente la enfermera Eulalia Ruiz Sandoval, egresada de la Escuela de Enfermería del Hospital General de México, fue nombrada Jefa de Enfermeras de la Institución.

En 1922 La Escuela de Salud Pública de México inició sus actividades con el propósito de suministrar al personal técnico y sub técnico las bases científicas sobre las que se elegía una administración sanitaria y de asistencia social eficiente, se proporcionaba a ese personal el conocimiento necesario acerca de los procedimientos modernos de la medicina preventiva, de higiene y de las técnicas sanitarias médicas y sociales. La escuela quedo a cargo del naciente Departamento de Salubridad creado inmediatamente después de la aprobación de la Carta Magna de 1917. En 1924 se creó, la carrera de Enfermería y Partera Homeopática dependiente de la Escuela de Medicina Homeopática, regulada por la Secretaría de Educación Pública (SEP). En 1937 se incorporó al Instituto Politécnico Nacional (IPN), teniendo como requisito de ingreso contar con certificado de primaria, cubrir cuotas de inscripción y disponer de tres uniformes reglamentarios. (FEO, UAEM, 1946).

En 1940 se iniciaron las inscripciones para la Escuela de Enfermería y Obstetricia del IPN, los requisitos fueron primaria y secundaria, el plan de estudios era de cuatro años: dos de enfermería y dos de obstetricia. (Reyes, 1970). Para 1948, gracias a la iniciativa de Everardo Landa y Cayetano Quintanilla, la Escuela de Enfermería se independizó de la de Medicina, y se determinó que la enfermera debía tener título y cédula profesional para ejercer. Los cursos de especialidad merecen especial atención por ser los que generaron una nueva imagen profesional. Estos cursos reflejaban necesidades en administración de las instituciones de enseñanza, adiestramiento de personal, ampliación de los servicios de salud pública, y la atención en los hospitales de especialización. Los cursos que impartieron fueron: enfermería pediátrica (1941), anestesia (1945), enfermera sanitaria (1949), enfermera psiquiátrica, educación en enfermería y hematología (1952), administración para jefes de servicio (1953), y enfermería quirúrgica (1956). (Cortez, 1979).

En 1949 la Escuela de Salubridad e Higiene estableció cursos de enfermería sanitaria de un año escolar para enfermeras tituladas; la responsabilidad como profesora e instructora del curso la tuvo la enfermera Aurora Macías Báez, quien las adiestraba en actividades de saneamiento del medio, enfermedades transmisibles y epidémicas e higiene infantil, materna y escolar. En 1968 aparece publicada la creación de la Licenciatura en Enfermería en la Universidad de Nuevo León. En 1976 se crea el Sistema de Universidad Abierta (SUA), logrando llevar a la ENEO a las instalaciones ex profeso para la enseñanza de la enfermería. De 1994 al 2003, la ENEO se convierte en Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS); se inician estudios de posgrado entre los años de 1997 a 2002 con el Plan Único de las Especialidades de Enfermería; en 2002 se aprueba el Plan de Estudios del Programa de Maestría en Enfermería. La secretaria de hacienda fijaba a la ocupación en enfermería los salarios mínimos, sin embargo esta situación se ha modificado a partir del decreto anunciado por el entonces presidente Vicente Fox Quezada el día 6 de enero de 2005, en donde en la ceremonia conmemorativa del Día de la Enfermera hace saber que esta profesión pasa a formar parte del tabulador de profesionistas. (GOB. EDO. MÉX., 2008).



## 1.1 DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA

Década tras década, la Enfermería se ha hecho más sensible a la aplicación de las necesidades humanas en el campo de los cuidados de salud y ha logrado de esta manera más creatividad en la satisfacción de estas necesidades, así como objetividad en el análisis de sus esfuerzos y metas profesionales. La Enfermería es una profesión dinámica y la práctica de esta ocupación se encuentra en constante cambio. La suposición de que la Enfermería es un arte innato a cualquier mujer, ha obstaculizado el desarrollo de un concepto de enfermería como profesión que cuenta con un conjunto organizado de conocimientos y requiere habilidades especializadas propias.

Entre las numerosas definiciones que existen, quizás la más conocida y citada deba su origen a Virginia Henderson, al afirmar que "La función singular de la Enfermería es asistir al individuo enfermo o sano en la realización de actividades que promuevan la salud o su recuperación (o una muerte serena) que llevaría a cabo si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo a manera de ayudarlo a recobrar su independencia con la mayor brevedad posible".

Florence Nightingale define Enfermería como el acto de utilizar el entorno del paciente para ayudarlo en su curación, consideraba que un ambiente limpio, bien ventilado y tranquilo era fundamental para la recuperación del paciente. (Nightingale, 1990).

El CIE (Consejo Internacional de Enfermería) la define como: "La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación" (CIE, 2015 citado en Lagoueyte 2015).

### **1.3 CUIDADO DE ENFERMERÍA**

Desde los inicios de la humanidad la figura del cuidador ha estado presente en todos los ámbitos de la historia. Desde los primeros colectivos humanos donde siempre han existido personas incapaces de valerse por sí mismas, éstas ya recibían cuidados propios de este oficio por parte de otros miembros de la tribu, principalmente mujeres, las cuales se dedicaban mayormente al cuidado de los niños y a la recolección.

Con el paso del tiempo el papel del cuidador quedó relevado a las clases bajas, mientras que la medicina estaba reservada a las clases altas. Así, el cuidado de los enfermos en la antigua Roma era realizado por esclavos o sirvientes y, a pesar de que tanto hombres como mujeres realizaban estos cuidados, fueron también ellas las que tenían más prestigio y reconocimiento con motivo de su dedicación y participación en los cuidados del parto y del recién nacido. Con la llegada del Cristianismo, el papel del cuidador siguió realizándose por las clases bajas y estaba destinada principalmente al cuidado de los marginados sociales (presos, enfermos de lepra o peste, deficientes), y más que nunca se trataba de una tarea reservada a la mujer, que al quedarse al cuidado del hogar y los hijos, vivía relacionada con otras mujeres que poseían conocimientos sobre la materia y que transmitían unas a otras.

### **1.4 DEFINICIÓN DE CUIDADO**

El objeto de estudio de la enfermería es el Cuidado del Ser Humano, desde la concepción hasta la muerte, en el proceso Salud-Enfermedad. Aunque el acto de cuidar es propio de la naturaleza humana, la enfermería lo asume como esencia de su profesión. Las enfermeras conciben el cuidar como un acto de vida que implica una serie de actitudes y actividades dirigidas a conservar y mantener la vida. Es un acto individual de quien da el cuidado y de reciprocidad con quien requiere ayuda, para asumir sus necesidades vitales a lo largo del proceso del desarrollo humano. (Gaitán, 1999).

El cuidado es una forma de expresión, una forma de relación con el mundo, como una forma de vivir plenamente. Cuidar significa comportamientos y acciones que envuelven

conocimientos, valores, habilidades y actitudes, emprendidas en el sentido de favorecer las potencialidades de las personas para mantener o mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir.

Cuidar implica comprender y ser comprendido, busca el crecimiento y desarrollo de la persona, del ser ahí en el mundo. El cuidado es como una forma ética y estética de vivir, que se inicia por el amor a la naturaleza y pasa por la apreciación de lo bello. Consiste en el respeto a la dignidad humana, en la sensibilidad para con el sufrimiento y en la ayuda para superarlo, para enfrentarlo y para aceptar lo inevitable. (Holanda, 2000).

### **1.5 CLASIFICACIÓN DEL CUIDADO**

Madeleine Leininger clasifica el cuidado en tres categorías:

- Profesional: encarna las metas cognoscitivas intencionadas, los procedimientos y los actos de los profesionales, expresa actitudes e intereses hacia los demás con fines de ayuda para encontrar las necesidades obvias o previstas, buscar el bienestar y aliviar los trastornos.
- Científico: se identifica con la prestación de ayuda a los demás mediante actos basados en el conocimiento ensayado y verificado.
- Humano: se caracteriza por el acto creativo, caritativo, intuitivo o cognitivo de ayuda. Se basa en acciones derivadas de los sentimientos y en actos empíricos, filosóficos, fenomenológicos, objetivos y subjetivos de asistencia a otros.

### **1.6 ETAPAS HISTÓRICAS DEL CUIDADO**

Marie Françoise Collière dice que la función principal de la Enfermera es mantener la vida, asegurando la satisfacción de las diversas necesidades indispensables para la misma. Para ello se han tomado como referente las cuatro etapas descritas en su libro Promover la vida, de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Estas etapas no tienen límites temporales definidos, pero sí se corresponden con distintos períodos de la evolución sociocultural en el mundo occidental y con cuatro concepciones distintas del cuidado.

1.- Doméstica: el protagonismo de los cuidados fue adjudicado a las mujeres, son ellas las que desempeñan en cada familia las prácticas encaminadas al mantenimiento de la vida, a través de elementos naturales como la higiene, el vestido, la alimentación, y todos aquellos cuidados que favorecen el bienestar. La práctica de este tipo de cuidados se entrelazaban con actividades rituales para la protección, la promoción, y la continuación de la vida.

2.- Vocacional: surge con el inicio del cristianismo y se prolonga hasta los inicios de la etapa contemporánea. Con la aparición del cristianismo, la salud adquirió una nueva interpretación. La sociedad cristiana atribuyó la salud y la enfermedad a los designios de Dios. Los conocimientos teóricos requeridos por las enfermeras eran nulos y los procedimientos muy simples. La enfermería de esta época se describe como una actividad ejercida por personas con gran sentido de religiosidad, caridad, sumisión y obediencia.

3.- Técnica: esta etapa se inició a mediados del siglo XIX y gran parte del siglo XX. Surge como resultado del tipo de atención a la salud predominante en la época, centrada en la lucha contra la enfermedad, en la que el saber médico se enfoca a la persona como enfermo y las personas encargadas de prestar cuidados adquieren un papel de auxiliar del médico.

4.- Profesional: la enfermería se consolida como una disciplina y como profesión con una responsabilidad definida en el cuidado de la salud de la población con un cuerpo de conocimientos propio y una responsabilidad definida en la atención a la salud de la población. Comprende las últimas décadas del siglo XX hasta nuestros días. (García, 2001).

## **1.7 FUNCIONES PRINCIPALES DE ENFERMERÍA**

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen cuatro funciones principales de la Enfermería:

1. Prestar y administrar cuidados de enfermería en la promoción de la Salud, en la prevención de la Enfermedad, curativos, de rehabilitación o de apoyo a los individuos o grupos.
2. Enseñanza a pacientes, familia o personal sanitario para el mantenimiento y recuperación de la salud.
3. Actuar como un miembro efectivo del equipo de salud, es decir, actuar como el líder del equipo de cuidados de enfermería que puede incluir a otras enfermeras.
4. Desarrollar la práctica de la enfermera basada en un pensamiento crítico y de investigación.

### **1.8 EVOLUCIÓN E HISTORIA DE LA ENFERMERÍA PERIOPERATORIA**

Desde tiempo inmemorable se conoce la cirugía, la enfermería instrumentista surge como una necesidad obligada del equipo que realizaba las intervenciones pues mientras estos operaban requerían de ayudantes que preparaban el material que iban a utilizar en la intervención quirúrgica, requerían de personas o de ayudantes que pasaban el material durante la intervención y necesitaban que conocieran y entendieran sobre los procedimientos para prevenir la infección, esto ya en la última etapa del siglo XIX cuando se comenzaron a descubrir los aspectos microbiológicos que producían patologías en el usuario intervenido. Durante estas tres etapas los ayudantes eran personas entrenadas empíricamente para desarrollar el trabajo que se les exigía. Durante este tiempo las infecciones en el post operatorio por el desconocimiento de las reglas de asepsia y antisepsia eran responsables del 80% de las muertes.

En la segunda Guerra Mundial la instrumentista quirúrgica surge como necesidad de una asistencia en las acciones de cirugía. La armada empieza a entrenar cuerpos de hombres para realizar dicha tarea los cuales trabajaban bajo la supervisión directa del cirujano, de este modo nace una nueva profesión, que el ejército llama instrumentadores quirúrgicos. A medida que se desarrollaba la ciencia de la

enfermería, estos fueron desplazando a los ayudantes y a los técnicos para convertirse en enfermera instrumentista o enfermera circulante.

### **1.8.1 CONCEPTO DE ENFERMERÍA PERIOPERATORIA**

La enfermera perioperatoria es la profesional que aporta cuidados complejos a pacientes en condiciones de gran dependencia. La asistencia incluye el tratamiento seguro y efectivo en colaboración con otros miembros del equipo de salud; la enfermera también salvaguarda la integridad del paciente al actuar como apoyo durante su experiencia perioperatoria. Por otra parte, explora estrategias para mejorar su práctica a través de la educación continua, la investigación y los hábitos de aprendizaje de por vida.

En EUA, la enfermería quirúrgica profesional se define como: La identificación de necesidades fisiológicas, psicológicas y sociológicas del paciente, y la implementación de un programa individualizado para cuidados de enfermería que coordina las intervenciones de esta última, con base en un conocimiento de las ciencias naturales y del comportamiento, con el objetivo de restablecer o mantener la salud y bienestar del paciente, antes, durante y después de la cirugía. (Atkinson y Fortunato, 2000).

La enfermera perioperatoria se encuentra en una posición única y privilegiada, puesto que asiste el procedimiento quirúrgico. Constituye la conciencia del paciente inconsciente. Diseña. Coordina y aporta atención compuesta por conocimientos de enfermería y habilidades psicomotoras, que son una mezcla de pensamiento y acción para cubrir necesidades del paciente quirúrgico. Mientras que técnicas científicas de enfermería respaldan la práctica de la enfermería perioperatoria, el cumplimiento competente de sus funciones se basa en el conocimiento y la aplicación clínica de las ciencias biológicas, fisiológicas, conductuales y sociales. (Richardson-Tench, 2002).

### **1.8.2 FILOSOFÍA DE ENFERMERÍA PERIOPERATORIA**

La responsabilidad profesional primaria de las enfermeras perioperatorias se debe a los pacientes a quienes proporcionan cuidados. En el medio perioperatorio, el personal de atención a la salud proviene de distintas disciplinas profesionales trabaja en

conjunto para lograr un objetivo en común: aportar atención competente, capacitada y apropiada al paciente. La filosofía de la enfermería perioperatoria incluye una estrategia holística y multidisciplinaria, que se relaciona con:

- La necesidad de proveer un medio físico seguro.
- La protección de los pacientes en caso de eventos adversos.
- El logro de resultados óptimos para el paciente.
- La promoción del conocimiento y las habilidades de todos los miembros del equipo multidisciplinario, para permitir la provisión de atención de la salud efectiva de acuerdo a su costo y con base en la investigación.
- El reconocimiento de la dignidad de las personas con antecedentes físicos, emocionales y culturales diversos.

De esta manera, las enfermeras perioperatorias poseen conocimientos y habilidades únicas. Aportan atención holística, y tienen conciencia particular de los temores y ansiedades del paciente, así como de sus necesidades físicas (calor y bienestar), espirituales (apoyo del personal) y sociológicas (conocimiento del personal y el medio). Las enfermeras perioperatorias analizan, reflexionan y evalúan de manera constante su desempeño, la forma en que proporcionan cuidados al paciente refleja su profesionalismo.

### **1.8.3. ACTIVIDADES DE CUIDADOS PERIOPERATORIOS**

La enfermera perioperatoria planea y dirige los cuidados de enfermería para los pacientes que se someten a procedimientos quirúrgicos o invasivos de otro tipo. Las actividades transoperatorias tradicionales de la enfermera circulante y de la instrumentista se efectúan de manera intercambiable.

#### **ENFERMERA CIRCULANTE**

El papel principal de las enfermeras perioperatorias en el quirófano corresponde a la enfermera circulante. Se trata de un puesto complejo, que incluye la administración de los cuidados de enfermería para el paciente dentro del quirófano y la coordinación de las necesidades del equipo quirúrgico y de otros proveedores de atención, que se

requieren para completar la cirugía (Matson, 2001). Las obligaciones de la enfermera circulante se llevan a cabo fuera del área estéril, apoya al equipo para crear y mantener un ambiente seguro y confortable para el paciente. Así, mismo evalúa la condición del paciente antes, durante y después de la cirugía, para asegurar una evolución óptima de este. La importancia de la enfermera circulante no puede subestimarse, pues ella funge como apoyo del paciente mientras este tiene menos capacidad para cuidarse así mismo. Sin embargo, cuenta con tiempo limitado para establecer una relación con el paciente antes de que inicie el procedimiento, lo que permitiera ser un apoyo eficaz.

### **ENFERMERA INSTRUMENTISTA**

Lleva a cabo una labor directa con el cirujano dentro del campo estéril, al entregarle instrumentos, paquetes y otros implementos necesarios durante el procedimiento. Durante la intervención quirúrgica, la labor de la enfermera instrumentista debe diferir y no sobreponerse, a la actividad del primer asistente quirúrgico, es decir, la persona que ayuda al cirujano. (ACORN, 2006).

### **1.9 ÁREA QUIRÚRGICA**

Área quirúrgica es aquella que alberga las salas de operaciones y servicios anexos, como preanestesia, recuperación posanestésica, central de esterilización y equipo (CEYE), almacén de material de consumo, laboratorio, rayos X, banco de sangre, vestidores y pasillos externos. El diseño y tamaño deben ser suficientes para que las técnicas quirúrgicas se lleven a cabo en forma correcta, y al mismo tiempo facilitar el movimiento del personal, pacientes y material quirúrgico.

La Unidad Quirúrgica se define como un conjunto de locales e instalaciones especialmente acondicionadas y equipadas, selectivamente aisladas del resto del hospital, que constituyen una unidad física funcionalmente diferenciada, cuya finalidad es ofrecer un lugar idóneo para tratar quirúrgicamente al paciente (Berry & Kohn, 2008).



### **1.9.1 Objetivo**

Ofrecer un ambiente seguro a todas las intervenciones quirúrgicas, electivas o urgentes en el paciente.

### **1.9.2 Ubicación**

Suele situarse en una zona accesible a las áreas de cuidados intensivos quirúrgicos y de los departamentos de servicios complementarios, servicios centrales o departamento de esterilización, anatomía patológica y radiología. Es necesaria una ubicación apartada con el fin de evitar el paso de cualquier tránsito no relacionado con el departamento.

### **1.9.3 Entorno Físico**

El diseño de un quirófano supone un reto para el equipo de planificación, este debe ser flexible y permitir la futura expansión. El entorno físico del quirófano comprende las áreas de trabajo, el diseño o disposición del piso y los sistemas ambientales como la calefacción, las luces y la ventilación, el diseño de cada una de las salas de operaciones, sus áreas de depósito, el mobiliario y los medios de entrada y salida. (Berry & Kohn, 2008).

### **1.9.4 Diseño del Quirófano**

Se basa en tres principios:

- **Control de la Infección**

El diseño y la disposición del quirófano permiten dos métodos de control de la infección.

1. Las áreas limpias y contaminadas deben estar físicamente separadas. Se debe ubicar el área de descontaminación fuera de la sala de operaciones.
2. Cuando la separación física completa es imposible, los objetos contaminados deben quedar cerrados o contenidos. Las vestimentas de quirófano evitan que se contaminen los ambientes estériles.

- **Seguridad**

Tanto los pacientes como el personal que se encuentra en quirófano enfrentan muchos riesgos. Los aparatos electromédicos deben tener mantenimiento profesional, para

evitar accidentes y así evitar que el entorno necesario para realizar cirugías tenga un soporte técnico correcto.

- **Eficiencia del personal**

Modo en que se usa el esfuerzo físico y los recursos materiales. Es el empleo económico del tiempo y la energía para evitar el desperdicio del trabajo, materiales y equipo. El ahorro de tiempo es económicamente eficiente, asegura operaciones tranquilas y reduce el estrés.

### **1.9.5 Áreas de Quirófano**

- a) **Área Negra:** esta área permite el acceso con ropa de calle o uniforme hospitalario, se ubican oficinas administrativas, como jefatura de cirugía, anestesia y quirófanos; recepción de pacientes, pasillos o corredores de acceso a los quirófanos, así como los vestidores.
- b) **Área Gris:** se limita al personal vestido de forma adecuada, portan uniforme quirúrgico completo. Incluye otras áreas de apoyo periférico y pasillos internos para circulación del personal, pacientes y traslado de material quirúrgico, corredores, área de lavabos, sala de equipo y materiales, área de descontaminación.
- c) **Área blanca o restringida:** es el área de mayor restricción, comprende la sala de operaciones propiamente dicha, en donde se lleva a cabo la intervención quirúrgica. Estas áreas están estrictamente controladas y las puertas deben permanecer cerradas.

### **1.9.6 Características Físicas**

Todos los quirófanos son áreas restringidas porque en ellos se llevan a cabo procedimientos estériles.

*Tamaño:* el tamaño adecuado de una unidad quirúrgica es de al menos 6 x 6 x 3 m. (aprox. 37 m<sup>2</sup>). El equipo portátil puede requerir más superficie de suelo

aproximadamente 45 m<sup>2</sup>. Algunos quirófanos especializados, como los equipados para cirugía extracorpórea o traumatología requieren de hasta 60 m<sup>2</sup>.

*Ventilación:* Debe garantizar un suministro controlado de aire filtrado. Los cambios y la circulación del aire favorecen su renovación y previenen la acumulación de gases anestésicos en la sala. En quirófanos con aire reciclado se recomiendan de 20-30 cambios de aire por hora. Algunos códigos de construcción estatales requieren un 100% de aire nuevo otros permiten hasta un 80% de recirculación del aire.

*Humedad:* Se especifica una humedad relativa del 50 al 55% y recomiendan mantener la humedad por debajo del 60%, un porcentaje mayor favorece el crecimiento bacteriano y aumenta el riesgo de conductibilidad eléctrica, lo que podría producir choques eléctricos o quemaduras al paciente. Es imprescindible una humedad relativa no inferior al 45%.

*Temperatura:* La sala de operaciones se mantiene entre 20°C y 24° C con el fin de cubrir las necesidades de los pacientes, se puede aumentar la temperatura para prevenir la aparición de hipotermia en pacientes pediátricos, geriátricos o quemados. Este rango de temperatura es menos beneficioso para el crecimiento de los microorganismos y es cómodo tanto para el personal.

*Suelos:* Deben ser lo bastante conductores para disipar la electricidad estática del equipo y del personal, para prevenir la acumulación de cargas electroestáticas en zonas donde se utilizan agentes anestésicos inflamables. Estos pueden ser de tela asfáltica, el linóleo y el terrazo. La superficie de todos los suelos no debe ser porosa sino lo bastante dura para poder limpiarla por el método de aspiración en húmedo.

*Puertas:* Deben ser correderas ya que eliminan las corrientes de aire que genera el balanceo de las puertas batientes. Los microorganismos que hayan podido alojarse previamente en la sala, se remueven con cada balanceo de la puerta. La cantidad de microorganismos suele alcanzar su pico máximo en el momento de incidir la piel cuando es removido por el movimiento, el recuento de microorganismos se eleva cada vez que las puertas se balancean al abrirse en cualquier dirección. La normativa de

incendios ordena que las puertas correderas de los quirófanos sean de tipo que, en caso necesario, puedan abrirse para balanceo. Las puertas no permanecen abiertas durante las intervenciones quirúrgicas ni entre las mismas. La presión del aire en la sala también se altera si las puertas permanecen abiertas.

*Flujo de aire:* Si se permite que el flujo del aire vaya desde las áreas no restringidas hacia las restringidas aumentara el riesgo de infección. Para reducir este riesgo, la presión del aire dentro de las salas de operaciones debe mantenerse en un nivel 10% mayor que del área gris. Las puertas de la sala de operaciones deben permanecer cerradas para mantener esta presión positiva diferencial. La presión positiva fuerza al aire a salir desde la sala de operaciones hacia el corredor y evitar la posible contaminación del área.

*Electricidad:* Las corrientes de la sala de operaciones deben tener conexión a tierra, en las salas quirúrgicas la electricidad puede ser de 110 a 220 voltios.

*Líneas de gas y aspiración:* Los quirófanos cuentan con oxígeno, óxido nitroso y aire comprimido en línea. Todas deben tener un sistema de traba y estar suspendidas en instalaciones fijas o montadas directamente en la pared.

*Iluminación:* Se debe contar con una iluminación de al menos 200 candelas para poder evaluar la coloración del paciente. Para reducir la fatiga visual, la relación entre la intensidad lumínica general de la sala con la de la zona quirúrgica no debe exceder de 1:5, siendo preferible 1:3. (Fuller, 2012).

## **1.10 EQUIPO QUIRÚRGICO**

El equipo quirúrgico se subdivide según las funciones de los integrantes:

### **Equipo estéril (por lavado):**

a) Cirujano: debe tener los conocimientos, habilidades y el juicio clínico necesario para desempeñar con éxito la operación quirúrgica prevista y cualquier desviación necesaria por dificultades imprevistas. Debe estar siempre preparado para lo inesperado con el conocimiento de los fundamentos de las ciencias básicas y la capacidad para aplicarlos al diagnóstico y el control del paciente antes, durante y

después de la intervención quirúrgica, ya que es quien asume toda responsabilidad sobre las decisiones médicas y tratamiento del paciente quirúrgico.

b) Ayudantes del cirujano: bajo la dirección del cirujano, uno o dos ayudantes contribuyen a mantener la visibilidad del campo quirúrgico, control de la hemorragia, la sutura de las heridas y la aplicación de apósitos. El requerimiento de un asistente depende del tipo de procedimiento quirúrgico o especialidad quirúrgica, la condición del paciente y el tipo de instalación quirúrgica.

c) Instrumentista: El papel de instrumentista puede cubrirlo una enfermera titulada, una enfermera licenciada o un técnico quirúrgico. Es responsable de mantener la integridad, seguridad y eficacia del campo estéril durante el procedimiento quirúrgico. Esto hace necesario que la enfermera instrumentista prevea, planifique y cubra las necesidades del cirujano y demás miembros del equipo velando por la esterilidad del campo quirúrgico.

### **Responsabilidades Enfermera Instrumentista**

- Preparar el instrumental y el equipo necesario para la cirugía.
- Anticipar las necesidades del equipo quirúrgico antes y durante el procedimiento.
- Aplicar y mantener la técnica aséptica durante el procedimiento.
- Vigilar cualquier alteración de la técnica aséptica e iniciar una acción correctiva.
- Llevar a cabo el recuento del instrumental quirúrgico junto con la enfermera circulante.
- Manipulación y etiquetado apropiados del tejido humano extirpado mediante cirugía y los materiales extraídos.
- Registrar los cuidados transoperatorios de enfermería.

### **Equipo no estéril**

a) Anestesiólogo: es la persona encargada de inducir la anestesia, mantenerla en los niveles necesarios y tratar las reacciones adversas producidas por esta durante el procedimiento quirúrgico. La adecuada comunicación entre el cirujano y el anestesiólogo es la mejor forma de proteger al paciente.

b) Circulante: proporciona los siguientes cuidados, aplicación del proceso enfermería, mantenimiento de un ambiente cómodo y seguro para el paciente mediante la implementación de los principios de asepsia, provisión de ayuda a cualquier miembro del equipo quirúrgico, identificación de cualquier peligro potencial ambiental que afecte al paciente, mantenimiento del nexo de comunicación entre los miembros del equipo y los acontecimientos que se producen en el área estéril con las personas que no están en el quirófano.

#### Responsabilidades de la Enfermera Circulante

- Anticipar las necesidades del equipo quirúrgico antes y durante la cirugía.
- Vigilar cualquier falta de la técnica aséptica e iniciar una acción correctiva.
- Llevar a cabo el recuento del instrumental quirúrgico junto con la enfermera instrumentista.
- Manipulación y etiquetado apropiados del tejido humano extirpado mediante cirugía y los materiales extraídos.
- Tomar decisiones en favor del paciente anestesiado.
- Registrar los cuidados transoperatorios de enfermería.

c) Otros: en estos se incorporan ingenieros biomédicos y/o técnicos radiólogos. (Brunner y Suddarth, 2013).

### **1.11 PERÍODO PERIOPERATORIO**

Cirugía es “todo procedimiento realizado en quirófano que comprende la incisión, escisión, manipulación o sutura de un tejido; generalmente requiere anestesia regional, general o sedación profunda para controlar el dolor” (OMS, 2012).

El diccionario de la Real Academia puntualiza cirugía es el arte de curar por medio de operaciones, las enfermedades del cuerpo humano. La seguridad debe ser considerada como parte de la atención sanitaria que minimiza riesgos y daños a los pacientes, a la vez que examina la ausencia de lesiones derivadas de dicha atención.

### 1.11.1 PREOPERATORIO

Cuidados inmediatos: de 24 a 72 horas antes de la cirugía, algunos autores lo contemplan desde que se firma la autorización quirúrgica, se llevara a cabo por la enfermera de hospitalización.

- Checar que el expediente este completo, incluyendo el consentimiento informado de la cirugía y el consentimiento informado de la anestesia ambos ya deben de estar firmados.
- Aseo personal del paciente.
- Administración de medicamentos.
- Preparación del área de operación.
- Iniciar ayuno
- Retiro de todo tipo de prótesis o alhajas.

Cuidados mediatos: recepción del paciente en el transfer. La preparación del paciente para la cirugía es responsabilidad de la enfermera de hospitalización, la enfermera quirúrgica debe de llevar a cabo una serie de actividades que le permitan corroborar que el paciente esté preparado física y emocionalmente. Algunas actividades son:

- Revisar expediente clínico para conocer el diagnóstico preoperatorio, exámenes de laboratorio, estudios de imagen y las condiciones del paciente, verificar que se cuente con el consentimiento informado de anestesiología y cirugía.
- Identificar al paciente: verificar que tenga el brazalete o pulsera de identificación con su nombre, edad, sexo, fecha de nacimiento, etc. Se refiere además a determinar el tipo de cirugía, sitio de intervención y verificar que todos los miembros del equipo quirúrgico estén debidamente informados.
- Verificar que la preparación quirúrgica del paciente haya sido la adecuada.
- Verificar que el paciente se encuentre en ayuno.
- Checar la permeabilidad de la venoclisis o catéter central.
- Verificar peso y talla en los niños que sean actuales.
- Signos vitales.

- Se traslada al paciente del área del preoperatorio al área del transoperatorio.

### **1.11.2 TRANSOPERATORIO**

En este período la enfermera debe de adoptar dos roles: instrumentista o circulante, en ambos casos las funciones y responsabilidades se comparten, por lo que es necesario establecer una buena coordinación.

La enfermera quirúrgica o instrumentista adquiere la responsabilidad para señalar la comisión u omisión de actos que puedan quebrantar la esterilidad del campo quirúrgico, normas asépticas y exponer al paciente a infecciones por contaminación.

### **1.11.3 POSOPERATORIO**

Este período es crítico para el paciente, por lo que permanece en la sala de recuperación para su observación y monitoreo de las constantes vitales y para recibir los cuidados inmediatos, hasta que los efectos residuales de la anestesia hayan desaparecido y su estado general se haya estabilizado. Los cuidados de enfermería que se proporcionan varían de acuerdo con la cirugía, entre los prioritarios se encuentran: verificar estado de conciencia, signos vitales, aporte de oxígeno, revisión de apósitos para detectar sangrado. (Graciela, 2012)



## **CAPÍTULO II**

### **PROGRAMA LISTA DE VERIFICACIÓN “CIRUGÍA SEGURA”**

#### **2.1 ANTECEDENTES**

La calidad y la seguridad de los pacientes no es un tema reciente en la medicina, ya que se encuentran antecedentes en documentos que datan de más de 1000 años antes de Cristo, como es el código de Hammurabi en el que se establecen recompensas por tratamientos con resultados exitosos y castigos por resultados adversos por el tratamiento establecido.

La preocupación por la seguridad del paciente, no es un tema nuevo, ya que los primeros estudios datan de 1950, aunque en su momento no atrajeron la atención de forma significativa, lo cierto es que en la última década ha sucedido lo contrario desde que el Instituto de Medicina (IOM), en Estados Unidos publicará en 1999 el informe To Err is Human, su contenido provocó gran impacto en la sociedad y comunidad médica, al señalar que la mortalidad en pacientes hospitalizados por errores médicos oscilaba entre 44,000 y 98000 por año, por arriba de los accidentes automovilísticos, cáncer de mama o el SIDA. (Kohn, 2000)

Las Organizaciones Internacionales han desarrollado iniciativas para apoyar estrategias tanto nacionales como internacionales que constituyen a la mejora de la seguridad de los pacientes en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su 55ª Asamblea Mundial de Salud (Ginebra 2002), reconoció la necesidad de promover la Seguridad del Paciente como principio fundamental en todos los sistemas de salud a través de las siguientes acciones:

- 1.- Prestar la mayor atención posible al problema de la Seguridad del Paciente.
- 2.- Establecer y fortalecer la base científica de sistemas necesarios para la mejora de la Seguridad del Paciente, definición, medición, notificación de eventos adversos e incidentes en la atención sanitaria.

3.-Desarrollar normas mundiales, directrices para la calidad de atención y la Seguridad del paciente.

4.-Promover la formulación de políticas basadas en pruebas, incluidas las normas globales que mejoraría la atención del paciente, con especial énfasis en la Seguridad, directrices apropiadas y el uso seguro de medicamentos y dispositivos médicos.

5.-Apoyar los esfuerzos de los Estados Miembros dentro de los cuales se encuentra México, a que fomenten una cultura de seguridad dentro de la atención de la salud, mediante la acreditación y otros medios en conformidad con las condiciones y requisitos para reconocer las características de la salud, proveedores de servicio que ofrezcan un nivel de excelencia en la Seguridad del paciente a nivel internacional.

6.-Fomentar la investigación en Seguridad del Paciente con estudios epidemiológicos de riesgo, factores, intervenciones de protección eficaces y la evaluación de los costos, asociación de daños y protección contra estos últimos.

7.-Informar sobre progresos realizados.

8.-Crear una Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente cuyo objetivo principal es coordinar, difundir y acelerar las mejoras en la Seguridad del Paciente a través de mejorar sistemas para la disminución de riesgos, y elaboración organizacional de estrategias regionales destinadas a facilitar el establecimiento y el fortalecimiento de los programas de Seguridad en los estados miembros mediante la identificación de prioridades de cada país.

De todo lo anterior en Octubre de 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) crea la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en respuesta a la Resolución 55.18 de la Asamblea Mundial de la Salud, en la que se incitaba a la OMS y a los Estados Miembros a prestar la mayor atención al problema de la seguridad de los pacientes. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención y apoya a los Estados Miembros en la formulación de políticas y prácticas para la

seguridad de los pacientes, organiza programas que tratan aspectos sistémicos y técnicos para mejorar la seguridad de los pacientes en todo el mundo.

Un elemento fundamental de la Alianza Mundial de la Salud, es la formulación de Retos Mundiales por la Seguridad del Paciente, cada dos años se formula un nuevo reto destinado a impulsar el compromiso con los aspectos relacionados con la seguridad del paciente. El primer reto se centró en las infecciones relacionadas con la atención sanitaria y fue denominado “Atención Limpia Atención Segura”, que dio inicio en Ginebra, en Octubre de 2005, y en nuestro país el 1 de Octubre de 2008, en México, DF. El tema elegido para el segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente fue la Seguridad de las Prácticas Quirúrgicas, es así como se crea la iniciativa “Cirugía Segura Salva Vidas”, que dio inicio el 1 de Octubre de 2008, en Washington D.C. y en México, DF. el 9 de Diciembre de 2009. Por último, el Tercer Reto se llamó “Bacteriemia Cero”, que inicio en España y Reino Unido en 2010 y en nuestro país, en julio de 2011. (Programa Seguridad del Paciente, citado en Pérez, 2012).

## **2.2 SEIS METAS INTERNACIONALES**

Estos esfuerzos están enmarcados en las Seis Metas Internacionales de Seguridad del Paciente que son una de las estrategias prioritarias, evaluadas en todos aquellos hospitales y clínicas certificadas por la Joint Commision International, entidad encargada de acreditar calidad y seguridad de atención a los establecimientos que desean someterse a los estándares internacionales y son los siguientes:

1. Identificación correcta del paciente.
2. Mejorar la comunicación efectiva.
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto, al paciente correcto.
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud.
6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

En nuestro país se han tenido grandes logros y desarrollos, destaca las acciones de la Secretaria de Salud a través del programa “Si Calidad” que adopto los tres retos creados y de acuerdo a las necesidades adoptadas, tiene doce líneas de acción que incluyen entre otras: la prevención de caídas, la prevención de úlceras por presión, el uso adecuado de medicamentos, la identificación correcta del paciente, la medicación segura y los sistemas de reporte.

Aunque el propósito de la cirugía es salvar vidas, la falta de seguridad de la atención Quirúrgica puede provocar daños considerables, lo cual tiene repercusiones importantes en la salud pública. El problema de la seguridad de la cirugía está ampliamente reconocido en todo el mundo. “La atención quirúrgica ha sido un componente esencial de los sistemas de salud de todo el mundo durante más de un siglo. Aunque ha habido importantes mejoras en los últimos decenios, la calidad y la seguridad de la atención quirúrgica han sido desalentadoramente variables en todo el mundo. La iniciativa La cirugía segura salva vidas pretende modificar esta situación”. (González, 2015),

### **2.3 SEGUNDO RETO**

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente elige como tema para el segundo reto mundial, la Seguridad de las Prácticas Quirúrgicas, es así como se crea la iniciativa denominada “Cirugía Segura Salva Vidas”, en la que se aborda la seguridad de la atención quirúrgica, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente empezó a trabajar en este reto en Enero de 2007.

### **2.4 OBJETIVO**

El objetivo de este reto es mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo, definiendo para ello un conjunto básico de normas de seguridad que puedan aplicarse en todos los Estados Miembros de la OMS. Con este fin, 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: prevención de las infecciones de la herida quirúrgica, seguridad

de la anestesia, seguridad de los equipos quirúrgicos y medición de los servicios quirúrgicos.

## **2.5 LINEAS DE ACCIÓN**

El segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente intenta mejorar la seguridad de la cirugía y reducir las muertes y complicaciones durante las operaciones mediante cuatro líneas de acción:

- proporcionando información a médicos, administradores de hospitales y funcionarios de salud pública sobre la importancia y las pautas de la seguridad de la cirugía en el ámbito de la salud pública.
- definiendo un conjunto mínimo de medidas uniformes (“estadísticas vitales quirúrgicas”) para la vigilancia nacional e internacional de la atención quirúrgica.
- 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.
- 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.

Los cuatro grupos de trabajo definieron diez objetivos esenciales que todo equipo quirúrgico debería alcanzar durante la atención quirúrgica. El segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente pretende mejorar los resultados quirúrgicos de todos los pacientes. Para ello se necesita un sólido compromiso político y que haya en todo el mundo grupos de profesionales dispuestos a abordar los problemas comunes y potencialmente mortales que conlleva una atención quirúrgica poco segura.

## 2.6 DIEZ OBJETIVOS ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

Las Cuatro Líneas de Acción definieron Diez Objetivos esenciales que todo equipo quirúrgico debería alcanzar durante la atención quirúrgica.

**Objetivo 1.** El equipo operará al paciente correcto en el sitio anatómico correcto.

**Objetivo 2.** El equipo utilizará métodos que se sabe que previenen los daños derivados de la administración de la anestesia, al tiempo que protegen al paciente del dolor.

**Objetivo 3.** El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida de la función respiratoria o del acceso a la vía aérea, y reconocerá esas situaciones.

**Objetivo 4.** El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida considerable de sangre, y reconocerá esas situaciones.

**Objetivo 5.** El equipo evitará provocar reacciones alérgicas o reacciones adversas a fármacos que se sabe que suponen un riesgo importante para el paciente.

**Objetivo 6.** El equipo utilizará sistemáticamente métodos reconocidos para minimizar el riesgo de infección de la herida quirúrgica.

**Objetivo 7.** El equipo evitará dejar accidentalmente gasas o instrumentos en la herida quirúrgica.

**Objetivo 8.** El equipo guardará e identificará con precisión todas las muestras quirúrgicas.

**Objetivo 9.** El equipo se comunicará eficazmente e intercambiará información sobre el paciente para que la operación se desarrolle de forma segura.

**Objetivo 10.** Los hospitales y sistemas de salud públicos establecerán una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos.

El 9 de diciembre de 2009 en la Academia Mexicana de Cirugía el Dr. José Ángel Córdoba Villalobos, en ese entonces Secretario de Salud, realizó el lanzamiento en México de la Campaña Sectorial “Cirugía Segura Salva Vidas” en presencia de las instituciones del Sector Salud, basándose en los Diez Objetivos antes mencionados.

Sin embargo, es importante destacar que la Lista de Verificación Cirugía Segura no fue creada para ser un instrumento normativo ni un elemento de política oficial. Se requiere que cada institución la adopte y modifique según sus necesidades, de otra manera corre el riesgo de volverse parte de un papeleo interminable sin ningún beneficio para el paciente o equipo quirúrgico. La Lista de Verificación es una herramienta sencilla y práctica que puede ser utilizada por cualquier equipo quirúrgico para garantizar de forma eficiente y rápida la observancia de medidas preoperatorias, transoperatorias y posoperatorias que aportan al paciente beneficios demostrados.

No pretende prescribir un método único, sino garantizar la incorporación de elementos clave para la seguridad en el trabajo que se realiza habitualmente en los quirófanos. Así todos los países pueden mejorar la seguridad de la atención quirúrgica si los hospitales:

- Utilizan la Lista de Verificación de Cirugía Segura o instrumentos de seguridad similares para garantizar que las medidas destinadas a mejorar la seguridad de la cirugía se cumplen de forma sistemática y puntual.
- Establecen una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos.

La Lista de Verificación de Cirugía Segura se elaboró para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente colaboró con numerosas personas de todas las regiones de la OMS con amplia experiencia en cirugía y sus subespecialidades, anestesia, enfermería, enfermedades infecciosas, epidemiología, ingeniería biomédica, sistemas de salud, mejora de la calidad y otros campos conexos, además de pacientes y grupos de defensa de la seguridad del paciente. Entre todos identificaron una serie de controles de seguridad que pueden efectuarse en cualquier quirófano. El resultado es la Lista de verificación, que pretende consolidar prácticas de seguridad ya aceptadas y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre varias disciplinas clínicas.

La Lista de Verificación no es un instrumento normativo ni un elemento de política oficial; está pensado como herramienta práctica y fácil de usar para los clínicos

interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables.

## **2.7 PRINCIPIOS PARA SU ELABORACIÓN**

La elaboración de la Lista de Verificación Cirugía Segura se basó en tres principios:

1. **Simplicidad.** Una lista exhaustiva de normas y directrices podría mejorar la seguridad del paciente, pero la exhaustividad dificultaría su uso y difusión, y probablemente se encontrara con una resistencia considerable. El atractivo que tiene la simplicidad en este contexto no es desdeñable. Las medidas poco complicadas son las más fáciles de establecer y pueden tener efectos profundos en un amplio abanico de entornos.
2. **Amplitud de aplicación.** De habernos centrado en un entorno concreto con determinados recursos habría cambiado el tipo de cuestiones debatidas (p. ej., los requisitos mínimos de equipamiento en entornos con escasos recursos). Sin embargo, el objetivo del reto es abarcar todos los ambientes y entornos, desde los más ricos hasta los más pobres en recursos. Además, en todos los entornos y ambientes se producen fallos regulares que pueden atacarse con soluciones comunes.
3. **Mensurabilidad.** Un elemento clave del segundo reto es la medición del impacto. Deben seleccionarse instrumentos de medida significativos, aunque sólo se refieran a procesos indirectos, y que sean aceptables y cuantificables por los profesionales en cualquier contexto.

La Lista de Verificación ayuda a garantizar que los equipos sigan de forma sistemática las medidas de seguridad esenciales, minimizando así los riesgos evitables más habituales que ponen en peligro la vida y el bienestar de los pacientes quirúrgicos. (Lista de Verificación Cirugía Segura, 2008)





haber una única persona encargada de aplicar y llenar la Lista de verificación durante una operación. Por lo general, ese “Coordinador de la lista” será un enfermero circulante, pero también podría ser cualquier clínico o profesional sanitario que participe en la operación.

La Lista de Verificación divide la operación en tres fases, cada una corresponde a un período de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el período anterior a la inducción de la anestesia (Entrada quirúrgica), el período posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el período de cierre de herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (Salida quirúrgica). Todos los pasos serán confirmados verbalmente por el personal que corresponda.

Durante la “**Entrada quirúrgica**”, es decir, antes de la inducción de anestesia, el coordinador de la lista confirmará verbalmente con el paciente (si es posible) su identidad, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como su consentimiento para ser sometido a intervención quirúrgica.

Confirmará visualmente que se ha delimitado el sitio quirúrgico (si procede) y que el paciente tiene colocado un oxímetro de pulso que funciona correctamente. Además, revisará verbalmente con el anesthesiólogo el riesgo de hemorragia, dificultades en el acceso a la vía aérea y reacciones alérgicas que presenta el paciente, si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad del equipo de anestesia. Lo ideal es que el cirujano esté presente en la fase de Entrada, ya que puede tener una idea más clara de la hemorragia prevista, las alergias u otras posibles complicaciones; sin embargo, su presencia no es esencial para completar esta parte de la Lista de Verificación.





• **Antes de que el paciente salga del quirófano**

<b>SALIDA</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO:</b>
<input type="checkbox"/>	<b>EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO</b>
<input type="checkbox"/>	<b>QUE LOS RECUENTOS DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUJAS SON CORRECTOS (O NO PROCEDEN)</b>
<input type="checkbox"/>	<b>EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE)</b>
<input type="checkbox"/>	<b>SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS</b>
<input type="checkbox"/>	<b>EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE</b>

Fuente: Lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía- Manual de Aplicación 2008.

Para que la aplicación de la Lista de Verificación tenga éxito, es fundamental que el proceso lo dirija una sola persona. El Coordinador de la lista puede y debe impedir que el equipo pase a la siguiente fase de la operación mientras no se haya abordado satisfactoriamente cada uno de los puntos, lo cual puede contrariar o irritar a otros miembros del equipo. (Manual de Aplicación de la Lista OMS, 2008)

## **2.10 SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Entre un 4 y un 17% de los pacientes que ingresan a un hospital sufrirán un accidente imprevisto e inesperado, derivado de la atención sanitaria y no de su enfermedad de base, que tendrá consecuencias en su salud y en sus posibilidades de recuperación. En algunos casos, estos errores le provocarán la muerte. Las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar a los pacientes, pero

también pueden causar un daño, aunque el sistema de salud aporta beneficios importantes a la sociedad, la combinación compleja de procesos, tecnologías, interacciones humanas, el creciente volumen de actividad asistencial, el aumento en la esperanza de vida,... lleva también aparejado un riesgo inevitable de que ocurran eventos adversos y, efectivamente, ocurren con relativa frecuencia y con diversos grados de consecuencias.

La Seguridad del Paciente entendida como una asistencia sin riesgos de eventos no previstos, es considerada un principio fundamental de la atención sanitaria y una dimensión fundamental y transversal de la calidad asistencial que ha adquirido gran relevancia en los últimos años, tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados con los cuidados sanitarios recibidos, como para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

En este contexto, ya han sido puestas en marcha distintas iniciativas internacionales dirigidas a garantizar que la Seguridad del Paciente se sitúe en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos inherentes a la calidad y su mejora. En otras palabras, encaminadas a procurar el acceso a una atención sanitaria segura, no ya como un hecho deseable sino como un derecho básico de los ciudadanos. Entre las actuaciones emprendidas en este sentido, una de las más significativas ha sido la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS en 2004, con el objetivo principal de disminuir las consecuencias negativas de los cuidados médicos.

El acto quirúrgico es una experiencia extrema para el paciente y el cirujano. A través del acto quirúrgico, el cirujano interviene para aliviar o curar enfermedades; no obstante, el médico y el paciente reconocen que existen riesgos en los procedimientos. Los errores médicos representan la octava causa de muerte en Estados Unidos y se puede documentar mala práctica en más de 50 % de las demandas legales en México. Esto puede tener dos interpretaciones: la sociedad está más informada o se están cometiendo errores con mayor frecuencia, o ambos. (O'Connor, 2004).

Desde el siglo XIX existen evidencias del interés por la mortalidad generada por errores médicos, identificando claramente la falta de conocimientos y habilidades, y el pobre juicio quirúrgico y diagnóstico como causas de los errores. Actualmente se reconocen la mala organización, la falta de trabajo en equipo, y los factores relacionados con el médico y el paciente. El error humano es inevitable, pero los sistemas de salud y los cirujanos deben adoptar la cultura del análisis del error en forma abierta, inquisitiva y permanente. (García, 2001).

## **2.11 DEFINICIONES**

**SEGURIDAD DEL PACIENTE:** Ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, de riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria.

El “nivel mínimo aceptable” hace referencia al nivel de conocimiento actual, los recursos disponibles y el contexto en que se produce la atención frente al riesgo de no tratamiento u otro tratamiento. (Gutiérrez, 2010)

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

**EVENTO ADVERSO:** Es un daño causado por un procedimiento médico cuyo resultado no es atribuible a la enfermedad o condición de salud que origino la búsqueda de la atención, es un daño ocasionado por una intervención médica. (Joint Commission International).

Daño no intencionado causado durante o a consecuencia de la atención sanitaria y no relacionado con la evolución o posibles complicaciones de la enfermedad de base del paciente.

El término evento adverso puede ser interpretado de manera errónea por las personas que trabajan en salud y se confunde muy fácilmente con el de complicación. Es importante hacer notar que al hablar de error se hace referencia al proceso y la palabra evento adverso hace referencia al resultado. Su trascendencia se expresa en forma

de lesión, incapacidad, fallecimiento, prolongación de la asistencia hospitalaria o incremento de recursos asistenciales (medible). Pueden clasificarse en evitables e inevitables, siendo los evitables los que más interesan al poder prevenirse. El calificativo de evento adverso evitable o prevenible, indica el hecho de que no hubiera ocurrido de haberse producido alguna actuación. El de evento adverso inevitable o no prevenible se refiere al hecho de la imposibilidad de predicción o evitación bajo las circunstancias y el contexto dado.

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

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

**ERROR:** Acto de equivocación en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que suceda un evento adverso. Un error puede causar daño o no. Un error que no causa daño no produce un evento adverso. Los errores pueden ser de comisión cuando ocurre como resultado de una acción tomada (se ha realizado una acción equivocada) o de omisión cuando es consecuencia de una acción no tomada (no se ha realizado la acción correcta).

**ERROR ACTIVO:** Aquellos errores cometidos por personas en contacto directo con el paciente cuyos efectos aparecen rápidamente.

Incluyen: fallos de la atención, distracciones, lapsus, errores de valoración, incumplimiento de normas establecidas. La falta de entrenamiento o formación, la



fatiga, la sobrecarga de trabajo y el estrés son condicionantes que pueden contribuir a su producción.

**ERROR LATENTE:** Aquellas condiciones que permanecen sin efecto largo tiempo y que combinadas con otros factores pueden producir efectos en momentos determinados. Incluyen: circunstancias y fallos menos claros existentes en la organización y el diseño de dispositivos, actividades, etc.

**ERROR MÉDICO:** Es el daño provocado en el paciente por la acción o inacción del médico, en el ejercicio de la profesión sin la intención de cometerlo. (Aguirre-Gas: 2004). Es la conducta profesional inadecuada que supone una inobservancia técnica capaz de producir un daño a la vida o a la salud de otros, caracterizada por impericia, imprudencia o negligencia. La negligencia, consiste en no hacer lo que debería ser hecho; ocurre casi siempre por omisión, la imprudencia consiste en hacer lo que no debería ser hecho y la impericia en hacer mal lo que debería hacerse bien.

Los errores médicos llevan implícito un daño al paciente. Sin embargo, la diferencia fundamental de un evento adverso, y el error es que en este último la prevención a través del conocimiento médico actual pudiese evitar el daño al paciente. El error humano es inevitable, sin embargo, los sistemas de salud deben mejorar la atención a los servicios que prestan, para que si los hay, sea extremadamente difícil que por ellos (los errores) se cause daño a los pacientes. Se debe adoptar una cultura de análisis del error en forma abierta, inquisitiva y permanente. El error debe ser utilizado como una oportunidad para aprender, para mejorar la calidad en la atención y, por ende, la seguridad del paciente quirúrgico.

**EVENTO CENTINELA:** hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, pone en riesgo su vida, le deja secuelas, produce una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirlas a futuro (Joint Commission Health Care Organization).

**CUASI ERROR:** es un acontecimiento o situación que pudo haber dado como resultado un accidente, lesión o enfermedad, pero que no lo tuvo por una casualidad

o por una intervención oportuna. Categoría mal definida, próxima a la de incidente, que incluye sucesos como los siguientes:

- Caso en el que el accidente ha sido evitado por poco.
- Cualquier situación en la que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias.
- Hecho que estuvo a punto de ocurrir.
- Suceso que en otras circunstancias podría haber tenido graves consecuencias.
- Acontecimiento peligroso que no ha producido daños personales, pero sí materiales y que sirve de aviso de posibles sucesos. (Aguirre, 2006).

## **2.12 MODELOS QUE EXPLICAN EL ERROR HUMANO**

Cuando analizamos las causas de los errores tenemos que tener en cuenta los diferentes modelos que explican el error humano. A la hora de analizar las causas de Error Humano podemos encontrarnos con dos modelos:

### **El modelo centrado en la Persona:**

Premisas:

- Atribuir el error solo a las personas.
- Se basa en aspectos como falta de motivación, olvidos y descuidos, falta de cuidado, distracciones, ejecución incorrecta de procesos y procedimientos, negligencia, imprudencia.
- Los seguidores de este enfoque tienden a tratar los errores como temas morales, asumiendo que “las cosas malas suceden a las personas malas”.
- Los errores son las causas de los fallos.
- Cuando se contemplan sólo este tipo de motivaciones suele observarse como respuesta la reducción de la variabilidad no deseada entre seres humanos a través de

acciones que acaban siendo punitivas como: miedo, medidas disciplinarias, amenazas de denuncia, culpabilidad o avergonzar a los implicados.

### **El modelo centrado en el Sistema:**

Premisas:

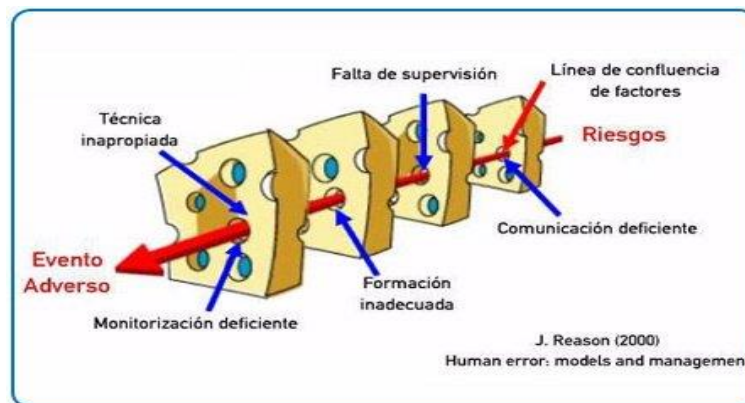
- La condición humana es falible. Las personas fallan.
- Los errores son esperables / previsibles incluso en las mejores organizaciones.
- Las peores cosas suceden incluso a las mejores personas.
- Los errores se ven como consecuencias de los fallos, teniendo sus orígenes básicamente en factores sistémicos.
- Como respuesta, no se trata de cambiar la condición humana sino de cambiar las condiciones en las que trabajan las personas.
- Cuando ocurre un evento adverso lo importante no es quién se equivocó, sino cómo y por qué las defensas fallaron.
- Cuando se explica este modelo se suele poner como ejemplo el modelo propuesto por J. Reason del “queso suizo” (Figura 1). Las claves de este modelo se pueden resumir en las siguientes afirmaciones:

1.- El sistema pone barreras y mecanismos de protección y seguridad con la finalidad de que no ocurran daños para los pacientes. Dichas barreras están representadas por lonchas de queso.

2.- En ocasiones, estas barreras presentan fallos, representados por los agujeros del queso.

3.- La casualidad o el alineamiento de varios errores puede dar lugar a la aparición de una cadena de fallos que, aisladamente pudieran no haber tenido relevancia, pero que en conjunto han formado una cadena que ha causado un resultado desastroso.

FIGURA I. Modelo Reason del “queso suizo”



Fuente: Reason, 2000.

## 2.13 CAUSAS DE LOS EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA

Los eventos adversos pueden ser prevenibles y evitables, o bien, inevitables; cuando sus causas no son conocidas, no pueden ser modificadas y pueden estar relacionadas o no con un error. Las causas de los eventos adversos pueden ubicarse en numerosas situaciones que se enuncian a continuación:

### Fallas en la estructura

- Deficiencias en el entorno: factores ambientales.
- Diseño arquitectónico inadecuado.
- Diseño de servicios inseguros.
- Equipo insuficiente.
- Fallas en el equipo.
- Personal insuficiente.
- Deficiente capacitación del personal.
- Medicamentos insuficientes o de mala calidad.

### Fallas en el proceso

#### *Cultura de la organización.*

- Deficiencias en los sistemas.
- Procesos no estandarizados.

- Deficiencias en la coordinación del personal.
- Deficiencias en la comunicación entre el personal.
- Deficiente comunicación con el paciente.
- Falta de supervisión.
- Vigilancia insuficiente.

*Proceso de la atención médica.*

- Identificación deficiente del paciente.
- Relación médico-paciente deficiente.
- Registros deficientes en el expediente clínico.
- Medidas de seguridad insuficientes.

*Competencia profesional insuficiente.*

- Carencia de guías clínicas.
- Desatender a la medicina basada en evidencias.
- Conocimientos médicos no actualizados.
- Falta de experiencia.
- Fatiga.
- Exceso de confianza.
- Falta de conciencia de los riesgos.
- Falta de aceptación de las limitaciones propias.

*Factores inherentes al paciente.*

- Falta de información.
- Desconocimiento de sus problemas.
- Participación insuficiente del paciente y la familia.

## **2.14 PREVENCIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA**

El enfoque principal en la prevención de los eventos adversos se ubica en la identificación, prevención y control de los riesgos capaces de ocasionarlos.

*Factores que incrementan los riesgos:*

- Número de personas involucradas en el proceso.
- Complejidad de los procesos.
- Comunicación deficiente.
- Delegación sucesiva de la responsabilidad.
- Autoridad excesiva del responsable del proceso.

*Factores que disminuyen los riesgos:*

- Estandarización de los procesos.
- Competencia profesional del personal.
- Reconocimiento de logros.
- Identificar al responsable de prevenir cada riesgo.

## **2.15 FACTORES QUE OCASIONAN ERRORES EN LA CIRUGÍA**

Actualmente se reconocen 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.

**Factores de organización:** podríamos mencionar realizar procedimientos sin el personal y el equipo adecuado, programación y tiempo del procedimiento inadecuado, y la sustitución de miembros del equipo usual con nuevos miembros, operar en condiciones no óptimas y desconocimiento del caso.

**Factores situacionales:** dentro de un quirófano destacan los distractores, las interrupciones, las condiciones físicas y el diseño del equipo. Condiciones en que el cirujano no tiene control completo del procedimiento: por desconocimiento, por falta de liderazgo o por problemas de organización.

**Factores del equipo de trabajo:** fundamentales en la prevención del error son la comunicación, la confianza entre los miembros del equipo y la habilidad que tengan éstos para manejar eventos inesperados.

**Factores individuales:** la responsabilidad profesional comienza desde el momento en que el individuo decide la labor que quiere desempeñar el resto de la vida. Decisiones equivocadas en la elección profesional conducen a pobres desempeños, falta de calidad en la atención.

**Factores relacionados con rutinas:** falta de protocolos de manejo claros, la poca disponibilidad de información segura y la omisión de pasos claves en los procedimientos. Difícilmente existe la cultura de hacer las cosas bien, menos existe la responsabilidad legal de mantenerse actualizado, y con ello modificar procedimientos que ofrecen mayor seguridad al paciente.

**Factores del paciente:** destacan la obesidad, variantes anatómicas, severidad de la enfermedad y la comorbilidad. Ciertamente, también está incluido aquí el control del cirujano sobre los procedimientos. Ignorar las condiciones propias del paciente que contraindican o limitan un procedimiento, es aceptar anticipadamente la construcción de un error. (O'Neill, 2003).

## **2.16 RECOMENDACIONES PARA PREVENIR EL ERROR MÉDICO**

1. Mantener un alto nivel de competencia, a través de la educación médica continua, actualización y certificación.
2. Contar con la acreditación correspondiente: Título y Diploma Universitarios debidamente registrados ante las autoridades competentes, Cédula profesional y/o de especialista.
3. Otorgar atención médica integral, con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica.
4. Sustentar la competencia profesional en la disponibilidad de los conocimientos médicos vigentes, en las habilidades requeridas para la realización de los

procedimientos a que está comprometido y en el desarrollo de experiencia para la solución de problemas complejos.

5. Referir al paciente con el médico, a la unidad médica o al nivel de atención que correspondan, cuando se carezca de los elementos necesarios para otorgarle una atención con la calidad y seguridad necesarias.
6. Apoyar las decisiones que se tomen con las evidencias disponibles.
7. Aplicar las medidas de seguridad y prevención de riesgos para los pacientes.
8. Aplicar las Guías de Práctica Clínica.
9. Contar con expediente clínico para cada paciente integrado conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico y las disposiciones oficiales relacionadas.
10. Justificar en el expediente clínico las decisiones que se tomen, especialmente cuando no estén sustentadas en la normatividad vigente. (CONAMED; 2012).

La seguridad es un concepto global que integra eficiencia, seguridad en la atención, reacción de los que la proporcionan y satisfacción de los pacientes y familiares. La seguridad del paciente, para reducir el daño causado en los sistemas de salud, representa un objetivo emergente fundamental para lograr mejoría de la calidad. (Fajardo, 2012).



## **VI. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS**

En cuanto a los datos sociodemográficos, se encontró predominante el género femenino con un 86.4 %, con una edad mínima de 19 y máxima de 64 años. Para el nivel académico el mayor porcentaje pertenece a enfermeras especialistas con un 31.8 %, seguido de licenciada en enfermería con un 27.3%, el 22.7% a enfermeras generales, y en menos proporción con 18.2 % maestría en enfermería.

(CUADRO No. 1)

La plaza laboral con la que cuenta el personal de enfermera, el mayor porcentaje con un 59.1% pertenece a personal de contrato, un 27.3% es de base y el resto es suplente en un 13.6%. Referente al código con el que están adscritos al Hospital, 45.5% son enfermeras generales, mismo porcentaje para especialistas, solo un 4.5% tiene código de jefe de servicio y el mismo porcentaje para pasantes.

El personal de enfermería tiene una antigüedad laboral mínima de 1-5 años y máxima de 44, dentro del área de quirófano cuenta con antigüedad mínima de un 1-4 y máxima de 39. (CUADRO No. 2)

### **ENTRADA QUIRÚRGICA**

El cirujano se encuentra presente durante la entrada del paciente al aérea quirúrgica en un 50%, el anesthesiólogo en un 59.1%, la enfermera circulante siempre está presente, mientras que la enfermera instrumentista se encuentra presente en un 72.7%. Se confirmó la presencia del equipo quirúrgico completo en un 36.4 %.

El consentimiento informado de cirugía y anestesiología se encuentran firmados en un 90.9%. Los pacientes no refirieron alergias a medicamentos en 86.4 % y solamente a uno de cada dos se le prescribió antibiótico. El 86.4 % no reporta dificultad en vías respiratorias. El riesgo de hemorragia es ausente en el 73.3% de los procedimientos. Los hemoderivados se encuentran disponibles en 86.4%. El cruce de sangre se realizó en el 86.4 %. Los estudios transoperatorios no fueron requeridos en el 90.9% de los procedimientos. Se mostraron imágenes diagnósticas esenciales en el 90.9%.

(CUADRO No. 3)

Lo que siempre estuvo contemplado en un 100% fue marcaje quirúrgico, equipo verificado y medicación de la anestesia, pulsímetro funcionando en el paciente, riesgo anestésico, verificación instrumental/equipo/prótesis y dispone de una vía de acceso.

### **PAUSA QUIRÚRGICA**

La confirmación de todos los miembros del equipo quirúrgico solo se realiza en el 50% de las cirugías. La identificación del paciente y procedimiento se verifica al 100%. El cirujano omite informar acerca de los pasos críticos y duración de la operación en las cirugías en su totalidad, sobre la pérdida de sangre solo informa en un 9.1% de los procedimientos.

El anestesiólogo confirma en un 63.6% la existencia de algún riesgo o enfermedad en el paciente. La enfermera comunica en su totalidad la fecha y método de esterilización del equipo e instrumental, así como la existencia de algún problema con el instrumental y el conteo del mismo, en ninguna de las cirugías se informó sobre la existencia de algún reactivo químico de esterilización en instrumental y equipo. (CUADRO No. 4)

### **SALIDA QUIRÚRGICA**

Durante la salida quirúrgica la enfermera confirma al 100%, el nombre del procedimiento, recuento de instrumental, gasas y agujas, al igual que la existencia de algún problema en relación con el material y equipo.

La identificación de muestras biológicas y verificación correcta de datos no se realiza durante la cirugía a causa del tipo de cirugías realizadas (cesárea). El cirujano, anestesiólogo y enfermera comentan en un 31.8 % el plan de tratamiento, no comentan aspectos de la operación y riesgos postoperatorios. No se presentaron eventos adversos durante los procedimientos quirúrgicos realizados.

La hoja de cirugía segura se encuentra firmada en un 95.5 % por los integrantes del equipo quirúrgico, la enfermera instrumentista es quien menos firma la hoja de cirugía segura con un 4.5%. (CUADRO No.5)

## **VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

Todas las profesiones se construyen históricamente, se forman y practican en ellas personas, hombres y mujeres, y en ellas como en cualquier colectivo humano, el sexo es un determinante de las oportunidades sociales. Es así como, en razón de estas construcciones sociales de lo que significa ser hombre y mujer, ambos han tenido oportunidades de desarrollo diferentes a través del tiempo.

García Bañón, 2004 menciona lo siguiente: la Enfermería, desde sus inicios, ha estado influida por las consideraciones de género al ser una actividad eminentemente femenina. Esto ha condicionado su evolución y desarrollo, dando lugar a una profesión que no ha podido alcanzar las metas previstas. En México, el promedio de mujeres enfermeras constituye todavía la mayoría del personal de enfermería adscrito a las instituciones de salud, sin embargo, con el paso de los años se ha incrementado el número de varones en la profesión (89.5% mujeres y 10.5% varones) según el Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos de Enfermería (SIARHE, 2013).

En el presente estudio se encontró en cuanto a datos sociodemográficos, que sigue siendo predominante el género femenino en el ejercicio de la profesión de enfermería, coincidiendo con la información obtenida por el autor antes citado. Por lo que se considera que en la actualidad, de diversas formas se sigue marginando la profesión, existe una imagen devaluada de las actividades que realizan las enfermeras, a pesar de la importancia social de su labor.

Dentro de la historia de la enfermería, vemos como la práctica profesional ha sido tradicionalmente función de las mujeres, que como sabemos han tenido una posición de reclusión, de invisibilidad, de subordinación y de segundo orden en el mundo social, se ha determinado a la enfermería como una “ocupación” y no como profesión, con poca valoración y prestigio, a pesar de su profesionalización y sobre todo de la importancia social que ésta tiene en el cuidado a la salud.

La enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud, su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo,

familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida, ha demostrado la importancia del papel que desempeña. La formación académica del personal de enfermería, evoluciona a la par del avance tecnológico de los servicios de salud del país y al orden internacional, con el objetivo de ofrecer servicios de salud de calidad, acorde a los diferentes roles que ejerce en su contribución a la solución de los problemas que afectan a la población. (NOM-019-SSA3-2013).

Como lo menciona dicha Norma, el personal de Enfermería del Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini, cumple con las características y especificaciones mínimas para la prestación del servicio de enfermería en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud, la mayoría tiene el soporte académico de Enfermera Especialista Quirúrgica y Licenciada en Enfermería.

El sector de salud es un entorno que sufre cambios y avances rápidos en el conocimiento a través de la investigación, la incorporación de nuevas tecnologías, etc., por este motivo, es fundamental que los profesionales sanitarios, incluyendo el personal de enfermería, actualicen y complementen su formación académica con el objetivo de poder ofertar cuidados de calidad y una práctica basada en la evidencia científica (García, 2011). Por lo tanto se considera que el nivel académico sí influye en el desempeño profesional, una mayor formación mejora la calidad asistencial al paciente y reduce la presencia de efectos adversos.

La edad promedio del personal de enfermería fue de 33-39 años, Parada y cols 2005, observaron que las personas menores de 40 años presentaban un riesgo mayor para desgaste profesional. Bustinza y cols. (2000) e Ilham y cols. (2007), concluyeron que los profesionales más jóvenes mostraban mayor susceptibilidad al desgaste profesional Escribá y cols. (2000) y Gil-Monte (2002), propusieron que los profesionales con mayor edad eran menos vulnerables a los eventos estresores dadas las estrategias de afrontamiento que aprendieron durante la vida. Ese desgaste puede ser un factor que influya en la cirugía segura debido a que no somos eficientes en las tareas laborales, no pensamos de manera ágil y podemos comenzar a tener errores o confusiones en

el trabajo. El estrés laboral se relaciona con una reducción en la productividad y un descenso en la calidad de atención.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), menciona que el estrés laboral es una “enfermedad peligrosa para las economías industrializadas y en vías de desarrollo; perjudicando a la producción, al afectar a la salud física y mental de los trabajadores”

Los resultados obtenidos en este estudio suponen que en el caso de los profesionales con menor edad, el deseo de aprender e ir adquiriendo mayor experiencia, hacen valorar positivamente ciertos aspectos. De igual forma, en el caso de los profesionales con mayor edad y con mayor antigüedad profesional, la experiencia permite en numerosos casos la adaptabilidad al puesto de trabajo, y asimismo permite tener una visión más objetiva.

El quirófano es uno de los escenarios más complejos en la atención de la salud, el equipo quirúrgico trabaja con tecnología compleja, con la participación de múltiples disciplinas y donde frecuentemente son realizados procedimientos en situaciones de alto riesgo, bajo presión de tiempo y donde se exigen, además, respuestas rápidas a condiciones cambiantes y retos imprevistos. Los reportes estadísticos revelan que aproximadamente un total de 234 millones de intervenciones quirúrgicas se realizan en todo el mundo cada año de las cuales, se presentan complicaciones incapacitantes en siete millones y muerte en un millón (OMS, 2008).

Collazos (2003), realizó un estudio en cuanto a aplicación de lista de verificación, los resultados obtenidos en la presente investigación son similares. El ítem que tiene menor cumplimiento, es la presencia completa de todos los integrantes del equipo quirúrgico, quien siempre se encuentra presente al momento de la llegada del paciente a quirófano es la enfermera circulante, seguido de anestesiólogo, instrumentista y cirujano. Durante el posoperatorio quien menciona algunas recomendaciones en cuanto al tratamiento del paciente es el médico anestesiólogo. Por lo tanto se considera que la aplicación de Lista de Verificación de Cirugía Segura, en forma correcta logra detectar fallas en la atención médica que resulten en eventos adversos

y, en consecuencia, previene o aminora la frecuencia de quejas y/o demandas relacionadas con la atención médica.

Esta iniciativa hace mención: debe haber una persona única encargada de realizar el control de seguridad de la Lista de Verificación Cirugía Segura durante una cirugía. Por lo general, ese “Coordinador de la lista” será un enfermero circulante, pero también podría ser cualquier clínico que participe en la operación. (OMS, 2008). En el Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini, la responsabilidad de llevar a cabo la aplicación de este programa creado por la OMS, recae en la enfermera circulante. Puede considerarse que la designación de una persona única para confirmar la ejecución de cada uno de los puntos de la Lista de verificación, garantiza que no se omita ninguna medida de seguridad enunciada en cada una de las etapas de este programa.

La ENTRADA QUIRÚRGICA es la primera fase de esta Lista de Verificación, enuncia lo siguiente; lo ideal es que el cirujano esté presente durante la fase de entrada, ya que puede tener una idea más clara de la hemorragia prevista, las alergias u otras posibles complicaciones; sin embargo, su presencia no es esencial para completar esta parte de la Lista de Verificación. (OMS, 2008). En el estudio realizado el cirujano (médico adscrito) solo se encuentra presente al momento de la entrada del paciente a unidad quirúrgica en la mitad de los procedimientos realizados, la responsabilidad del procedimiento quirúrgico es delegada al médico residente de mayor grado, esto se observa con mayor frecuencia en el turno nocturno, donde el médico adscrito solo entra como observador, por lo cual se considera que estas acciones disminuyen la seguridad del paciente durante el procedimiento quirúrgico, el médico residente al encontrarse en una etapa de formación, falta de experiencia, o habilidad, omite con mayor frecuencia la realización de algunos pasos descritos en la iniciativa.

La primera fase también considera lo siguiente: antes de la incisión cutánea, cada miembro del equipo deberá presentarse por su nombre y función. Durante el estudio realizado se encontró lo siguiente: entre los integrantes del equipo quirúrgico no existe una comunicación efectiva, omiten identificarse ante el paciente, de igual manera se observó que el coordinador de la lista de verificación, no solicita a los presentes se

detengan y confirmen verbalmente el nombre del paciente, procedimiento quirúrgico a realizar y sitio quirúrgico. Por lo que debe considerarse que el uso de una comunicación efectiva entre el equipo quirúrgico beneficia tanto al profesional como al su paciente. Por una parte, el equipo quirúrgico identifica los problemas de sus pacientes con mayor precisión y por otra, disminuyen las posibles demandas y litigios iniciados en su contra, el nivel de satisfacción de ambos aumenta.

En un estudio realizado en un Hospital Pediátrico por Dackiewics (2012), los resultados obtenidos muestran que la demarcación del sitio quirúrgico solo se realizó en el 56 % de los casos, la administración de profilaxis antibiótica se realiza en el 31% de las cirugías, en el estudio realizado los datos obtenidos muestran cierta similitud, la demarcación del sitio quirúrgico se realizó en la mitad de las cirugías efectuadas poco menos que en el estudio antes referido, mientras que la administración de antibiótico presento un mayor porcentaje al realizarse en la mitad de los procedimientos quirúrgicos. El programa de cirugía segura hace mención, en los casos que impliquen lateralidad (distinción entre izquierda y derecha) o múltiples estructuras o niveles (p. ej. un dedo, una lesión cutánea o una vértebra en concreto). En el caso de las estructuras mediales (como el tiroides) o únicas (como el bazo), la delimitación del sitio se hará o no según la práctica local. La demarcación del sitio quirúrgico en el Hospital Mónica Pretelini, se omite en las cirugías de cesárea, realizadas en los diferentes turnos debido a que no implica lateralidad.

Arenas (2011), realizo un estudio a una Institución Privada de la Ciudad de Guadalajara, Jalisco los resultados más sobresalientes fueron los siguientes: falta de una aguja de sutura en el conteo final, que se encontró en la cavidad abdominal, bultos de cirugía con batas húmedas, paciente quien se encontraba bajo bloque espinal y ocasiono contaminación del campo quirúrgico. Durante la realización del estudio se obtuvo lo siguiente: no se presentó faltante de material textil antes del cierre de la incisión quirúrgica, la cuenta de material se realizó de manera oportuna y con la participación de los integrantes del equipo quirúrgico, la ropa quirúrgica para las

cirugías es desechable, razón por la que no se presentó alguna alteración en este aspecto.

Durante el año 2010 en Buenos Aires, Arribalzaga realiza un estudio para determinar la aplicación del programa Cirugía Segura, donde identifica claramente, falta de identificación del equipo quirúrgico, falta de relación médico - paciente, falta de firma en el consentimiento informado, viraje en los controles de esterilización del instrumental quirúrgico. El Hospital donde se realizó el estudio, no cuenta con un reactivo químico que garantice en su totalidad la esterilización de instrumental y material quirúrgico, lo realizan a través de cinta testigo, esta solo garantiza que fue sometido a un proceso de esterilización, los consentimientos informados, son firmados cuando el paciente se encuentra ya en sala quirúrgica.

La OMS menciona la pérdida de un gran volumen de sangre se encuentra entre los peligros más comunes y graves para los pacientes quirúrgicos, y el riesgo de choque hipovolémico aumenta cuando la pérdida de sangre supera los 500 ml (7 ml/kg en niños). Con el estudio realizado se encontró que dentro del área quirúrgica se presentan situaciones donde el paciente durante el procedimiento quirúrgico presenta mayor sangrado, sin embargo este dato no siempre es reportado por el médico anestesiólogo o bien menciona una cifra de sangrado menor, por lo que no se toman medidas necesarias a fin de evitar posibles complicaciones. Por lo tanto se debería considerar sensibilizar a los integrantes del equipo quirúrgico en la aplicación del Programa Cirugía Segura, en beneficio del paciente.

Es importante recalcar que la lista de verificación puede y debe ser adaptada a cada institución y modificable según las necesidades de cada especialidad quirúrgica, incluso, debería considerarse que cada especialidad quirúrgica debería de tener su propia lista de verificación. La hoja de Cirugía Segura que se maneja en el Hospital fue adaptada de acuerdo a las necesidades del hospital, se agregó el tiempo fuera que no estaba considerado dentro del formato, cabe mencionar que el mismo formato de Cirugía Segura se utiliza en pacientes adultos y neonatos. Los resultados del presente estudio permiten mayor concientización de la iniciativa Cirugía Segura, se debe



considerar que la aplicación de esta iniciativa en la realización de procedimientos quirúrgicos, aumentan la seguridad del paciente, es importante reconocer que no se puede ajustar a todos los pacientes dentro de un solo esquema en seguridad como lo es la lista, los casos se deben individualizar. Está demostrado que factores como un auténtico liderazgo, explicar lo que la lista significa, ofrecer una justificación clara para su aplicación, comunicar los beneficios (OMS), familiarizándose con la lista, alineándola con los valores institucionales y destacando por anticipado las mejoras en la seguridad del paciente, la eficiencia y el trabajo en equipo se puede lograr implementarla de forma eficaz en las instituciones.

## **VIII. CONCLUSIONES**

De acuerdo al estudio realizado se puede concluir que la aplicación de Lista de Verificación "Cirugía Segura" se realiza dentro de cada procedimiento quirúrgico realizado en el Hospital.

Referente a datos sociodemográficos, los datos obtenidos muestran predomina el género femenino, con una edad mínima de 19 y máxima de 64 años, con antigüedad laboral mínima de un año y máxima de 44, con categoría de enfermera general, nivel académico enfermera especialista quirúrgica, la mayoría del personal es de contrato.

El registro de actividades durante la entrada quirúrgica como lo es la identificación del paciente se realiza con base en la primer meta internacional enunciada por la OMS, por medio de una pulsera de identificación que contienen datos personales del paciente como: nombre completo, fecha de nacimiento, número de expediente, alergias a medicamentos, mismos que son confirmados de manera verbal por el paciente y personal de enfermería, además de verificar que dichos se datos se encuentren registrados en el expediente clínico.

Durante esta fase se omite el marcaje de sitio de quirúrgico, es evidente la ausencia del cirujano y anestesiólogo durante la llegada del paciente a unidad quirúrgica, 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, el coordinador de la lista de verificación no solicita a los presentes se detengan y confirmen verbalmente el nombre del paciente, procedimiento quirúrgico a realizar y sitio quirúrgico. La notificación de pasos críticos o imprevistos, duración de la cirugía y pérdida de sangre prevista no se notifica

por parte del médico cirujano. El personal de enfermería verifica la fecha y método de esterilización del instrumental quirúrgico, a través de una cinta testigo.

Durante la salida quirúrgica se identificó, la enfermera circulante confirma verbalmente con el cirujano, nombre del procedimiento quirúrgico, recuento de instrumental, gasas y agujas. La identificación de muestras patológicas se efectuó en muy pocos procedimientos, el personal de enfermería es el responsable de etiquetar de manera correcta la pieza quirúrgica. Quien menos firma la hoja de lista de verificación de cirugía segura es la enfermera instrumentista, debido a las actividades que realiza al término de cada procedimiento.

## **IX. SUGERENCIAS**

- Sensibilizar a los integrantes del equipo quirúrgico, determinando que la aplicación de este instrumento sencillo, puede evitar complicaciones o en determinados casos la muerte del paciente.
- Las autoridades hospitalarias deben dar a conocer detalladamente a los jefes del área de anestesiología, cirugía y enfermería el programa Cirugía Segura Salva Vidas, con la finalidad de unificar criterios, reduciendo así posibles complicaciones y problemas durante el acto quirúrgico..
- Conformar un Comité del Programa de Cirugía Segura, por parte de las autoridades hospitalarias, el cual deberá estar integrado por un profesional del área médica, anestesiología y enfermería, a fin de realizar programas de capacitación para el personal del área quirúrgica, así como llevar a cabo la vigilancia de la aplicación del programa en cada uno de los procedimientos quirúrgicos realizados, analizar incidentes, realizar planes de mejora continua y seguimiento de los mismos.
- Los temas de seguridad del paciente se deben abordar en forma multidisciplinaria y no de manera individual, por los jefes de cada área.
- Los supervisores de enfermería de los diferentes turnos, deben prestar mayor atención a la organización del personal, ritmos de trabajo y jornadas laborales, ya que en ese ámbito existen debilidades y oportunidades de mejora.
- Los jefes de las diferentes áreas deben fomentar la responsabilidad compartida y la coordinación entre áreas y servicios para hacer extensivo el trabajo en equipo entre todas las áreas y servicios.

## **X. FUENTES DE INFORMACIÓN**

ACORN. Standards for perioperative nursing including nursing roles, guidelines, position statements and competency standards. Adelaide: Australian College of Operating Room Nurses. (2006).

Aguirre-Gas, H G. El Error Médico. Eventos Adversos. Revista Cirugía y Cirujanos; 2006; 74 (6): 495-503. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66274614>. Fecha de consulta: 28 de junio de 2017.

Anastas. Observación. En R.M. Grinnell y Y.A. Unrau /Eds). Social work: Reserch and evaluation. Quantitative and qualitative approaches. (2005). Séptima Edición. New York.: Oxford University Press.

Arenas M H. Errores en Cirugía. Estrategias para mejorar la Seguridad Quirúrgica. Revista Cirugía y Cirujanos 2008; 76 (4): 355-361.

Arenas Márquez Humberto, Hernández Zúñiga Jaime Francisco, Carvajal Morones José Alberto, Jiménez Tornero Jorge, Baltazar Sánchez Itamar, Flores Valenzuela Martha. Resultados de la aplicación de la lista de verificación quirúrgica en 60 pacientes. Cir. gen [Internet]. 2011 Sep [citado 2015-11-29]; 33(3):156-162. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S140500992011000300004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140500992011000300004&lng=es&tlng=es).

Arribalzaga, Eduardo B; Lupica, Liliana; Delor, Stella Maris, Pedro A. Implementación del listado de verificación de cirugía segura. Rev. Argent. cirug. [Online]. 2012. [citado 2015-11-28]; 102(1-3):12-16.

Arroyo Rodríguez Almudena, Lancharro Taverro Inmaculada, Romero Serrano Rocío, Morillo Martín M<sup>a</sup> Socorro. La Enfermería como rol de género. [Internet]. 2011. [Citado 2017 Jun 26]; 20(4):248-251. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S11321296201100030008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11321296201100030008&lng=es).

Atkinson, L., Fortunato, N. Berry and Kohn's introduction to operating technique (9th ed.) New York: Mosby. ANZCA. (2003). Professional documents of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists. Guidelines for the assistant for the anaesthetist. Canberra: Australian and New Zealand College of Anaesthetist.

Barragán Hernández O, Hernández Villa EA, Peralta Peña SL. Una mirada a la profesión de Enfermería desde la perspectiva de género. UNISON/EPISTEMUS 15/Año 7/2013/pág.: 34-37.

Bernal Torres CA. Metodología de la Investigación. 3ª ed. México: Pearson; 2010.

Brunner and Suddarth. Enfermería Médico Quirúrgica. 12ª ed. Volumen I. Barcelona, España: McGraw-Hill; 2013.

Campos Castillo Carlos, Hurtado López Luis Mauricio, Basurto Kuba Erich, Zadivar Ramírez Rafael. Prevención de quejas y demandas al aplicar las metas de seguridad en el paciente quirúrgico. Cir. gen [revista en la Internet]. 2011 Sep [citado 2015-11-29]; 33(3):170-174. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-00992011000300006&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992011000300006&lng=es).

Castañeda Jiménez J, De la Torre Lozano MO, Moran Rodríguez JM, Lara Ramírez LP. Metodología de la Investigación. 1ª ed. México; McGraw-Hill Interamericana: 2002.

Collazos Constanza, Bermúdez Liliana, Quintero Álvaro, Quintero León E, M. Díaz Marcela. Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente. Rev. colomb. anesthesiol. [Internet]. 2013 Jun [citado 2015-11-29]; 41(2):109-113. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S012033472013000200006&lng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012033472013000200006&lng=es). <http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2013.01.001>.

Collière MF. Promover la vida. 2ª ed. Madrid; McGraw-Hill: 2009.

Dackiewicz Nora, Viteritti Laura, Marciano Beatriz, Bailez Marcela, Merino Patricia, Bortolato Diana et al. Lista de verificación de seguridad de la cirugía: logros y dificultades de su implementación en un hospital pediátrico. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2012 Dic [citado 2015-11-28]; 110(6):503-508. Disponible en:[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752012000600008&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752012000600008&lng=es).

Donahue MP. Historia de la Enfermería. 2ª ed. España; Doyma: 1988.

Fajardo Dolci G. Recomendaciones para Prevenir el Error Médico, la mala práctica y la responsabilidad profesional. Revista CONAMED 2012; 17 (1): 30-43.

Gaitán Cruz MC. La Enfermería en Colombia: orígenes de audacia y compromiso. Tunja, Boyacá (CO): Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia: 1999.

García Bañón Ana Mª, Sainz Otero Ana, Botella Rodríguez Manuel. La enfermería vista desde el género. Index Enferm [Internet]. 2004 Oct [citado 2017 Sep 11] ; 13(46):45-48. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113212962004000200009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962004000200009&lng=es).

García Martin-Caro C, Martínez Martín ML. Historia de la Enfermería. Evolución Histórica del Cuidado Enfermero. 2ª ed. Barcelona España: Elsevier; 2011.

Gobierno del Estado de México. Evolución y Desarrollo de la Enfermería. Biblioteca Mexiquense del Bicentenario. México, 2008.

González de Jesús C, Reynoso Mora A. Implementación de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente en Atención Ambulatoria. Revista CONAMED 2015; 20 (2): 78-82.

Graciela Broto M, Maris Delor S. Instrumentación Quirúrgica. 2ª ed. México: Panamericana; 2012

- Gutiérrez Fernández R, Fernández Martín J. La seguridad quirúrgica en el marco del sistema Nacional de salud de España. Revista CONAMED 2010; 15 (4):188-194.
- Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 5ª Ed. México; Mc Graw Hill: 2010.
- Hernández Conesa JM. Historia de la Enfermería. Un Análisis Histórico de los Cuidados de Enfermería. 1ª Ed. Madrid; Mc Graw Hill/Interamericana: 1995.
- Holanda GA, Enedina S. Marcos. Conceituais na direção do cuidado: um estudo reflexivo do cuidado solidário de enfermagem. Esc. Anna Nery. Rev. Enferm. 2000 abr; (4): 73-82.
- Jiménez Sánchez J, Gutiérrez Nava AM. Los sistemas de información administrativa como instrumento indispensable para la toma de decisiones: Sistema de información administrativa de recursos en enfermería. Rev. Enferm. Inst. Méx. Seguro Soc. 2013; 21(2): 105-111.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson SM. To err is human: Building a Safer Health System. National Academy Press, Washington 2010; 26-49.
- Kohn M, Berry E. (2008). Técnicas de Quirófano. 8ª Ed. Madrid España; Harcourt: 2008.
- Kotcher Fuller J. Instrumentación Quirúrgica, Principios y Práctica. 5ª Ed. México; Panamericana: 2013.
- Lagoueyte Gómez María Isabel. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud [Internet]. 2015 Aug [cited 2017 Aug 27]; 47(2):209-213. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S012108072015000200013&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012108072015000200013&lng=en).



Organización Mundial de la Salud (2008). La cirugía segura salva vidas, segundo reto mundial por la seguridad del paciente. Recuperado el día 26 de Junio de 2017.

Disponible en [www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl\\_brochure\\_spanish.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf)

Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía (2009). La cirugía segura salva vidas. Recuperado el día 26 de Junio de 2017.

Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44233/1/9789243598598\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44233/1/9789243598598_spa.pdf)

Nightingale F. Notas sobre enfermería: qué es y que no es. 2ª Ed. España: Salvat 1991. (Original publicado en 1946).

Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

Organización Mundial de la Salud. Lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.2008

Pérez Castro JA. Hacia la Cultura de la Cirugía Segura. Revista Cirugía General 2012; 34 (2): 134-139.

Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320: 768-70. 29.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, publicada el 7 de Febrero de 1984 en el Diario Oficial de la Federación. Recuperado el 22 Enero de 2016. Disponible en [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html)

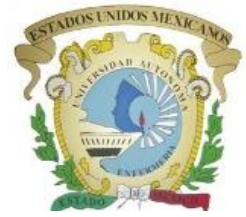
Reyes Revuelta JF, Bermúdez Mingorance JM. Conceptos básicos sobre seguridad clínica. Definición e importancia del problema. Rev. Enfer. del trabajo [Internet]. 2001[citado 16 Nov 2001]; 1:221-228. Disponible en: [http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero\\_articulo?codigo=3868208](http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=3868208)

Richardson- Tench M. Enfermería Perioperatoria. 1ª Ed. México; Manual Moderno: 2010.

***ANEXOS***



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA QUIRÚRGICA



OBJETIVO: Evaluar la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en pacientes quirúrgicos de un Hospital de Tercer Nivel de la Ciudad de Toluca.

LISTA DE VERIFICACIÓN  
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Antigüedad laboral: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

Antigüedad en el Servicio: \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_

Nivel académico: \_\_\_\_\_ Especialidad de la Cirugía: \_\_\_\_\_

<b>ENTRADA QUIRÚRGICA (antes de la inducción de la anestesia)</b>			
No.		SI	NO
1.-	¿Está presente el equipo quirúrgico durante la llegada del paciente al área quirúrgica? <ul style="list-style-type: none"> <li>Cirujano</li> <li>Anestesiólogo</li> <li>Enfermera circulante</li> <li>Enfermera instrumentista</li> </ul>		
2.-	Consentimiento informado: <ul style="list-style-type: none"> <li>Cirugía</li> <li>Anestesia</li> </ul>		
3.-	Área de marcaje quirúrgico		
4.-	Se completó el control de la seguridad de la anestesia al corroborar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Equipo verificado y medicación de la anestesia.</li> <li>Pulsímetro funcionando en el paciente.</li> <li>Riesgo anestésico.</li> <li>Verificación instrumental/equipo/prótesis.</li> </ul>		
5.-	Tiene el paciente alergias conocidas. ¿Cuáles?		
6.-	¿Profilaxis antibiótica en los últimos 60 min?		

7.-	Dificultad en la vía área riesgo de aspiración.		
8.-	¿Riesgo de hemorragia en adultos >500 ml		
9.-	¿Dispone de una vía de acceso IV adecuada para fluidos necesarios?		
10.-	¿Hemoderivados y soluciones disponibles?		
11.-	¿Se ha realizado el cruce de sangre previamente?		
12.-	¿Requiere estudios transoperatorios? ¿Cuáles?		
13.-	¿Se muestran las imágenes diagnósticas esenciales?		

<b>PAUSA QUIRÚRGICA (antes de la incisión cutánea)</b>			
14.-	Confirmado que todos los miembros del equipo están presentes y preparados.		
15.-	<p>Cirujano, anestesiólogo y enfermera confirma verbalmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente</li> <li>• Procedimiento</li> <li>• Sitio quirúrgico</li> <li>• Sondas</li> <li>• Posición</li> </ul>		
16.-	<p>El cirujano informa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• los pasos críticos o imprevistos.</li> <li>• Duración de la operación</li> <li>• Pérdida de sangre prevista.</li> </ul> <p>El anestesiólogo notifica: existencia de algún riesgo o enfermedad en el paciente.</p> <p>El personal de enfermería comunica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha y método de esterilización del equipo e instrumental.</li> <li>• Reactivo químico de esterilización del instrumental y equipo.</li> <li>• Existencia de algún problema con el instrumental y el conteo del mismo.</li> </ul>		

<b>SALIDA QUIRÚRGICA (antes de que el paciente salga de quirófano)</b>			
17.-	<p>La enfermera confirma verbalmente con el equipo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre del procedimiento</li> <li>• Recuento de instrumental, gasas, agujas.</li> <li>• Problema en relación con el material y equipo ¿Cuál?</li> </ul>		
18.-	Identificación de muestras biológicas.		
19.-	<p>Enfermería verifica etiquetas correctas de las muestras.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de la paciente y fecha de nacimiento.</li> <li>• Nombre del tejido y pieza quirúrgica.</li> </ul>		
20.-	<p>El cirujano, anestesiólogo y enfermería comentan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Principales aspectos de la operación del paciente.</li> <li>• Plan de Tratamiento.</li> <li>• Riesgos postoperatorios.</li> </ul>		
21.-	Necesidad de profilaxis antitrombótica.		
22.-	Ocurrieron eventos adversos.		
23.-	<p>Los miembros del equipo quirúrgico firman la Hoja de Cirugía Segura.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirujano</li> <li>• Anestesiólogo</li> <li>• Instrumentista</li> <li>• Enfermera circulante.</li> </ul>		

FUENTE: Modificación de la Lista de Cirugía Segura creada por la OMS.

# CUADROS GENERALES

CUADRO No.1

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA,  
HOSPITAL MÓNICA PRETELINI, ABRIL 2017.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
19-28	5	22.7
29-31	4	18.3
33-39	7	31.8
41-64	6	27.2
<b>GÉNERO</b>		
MASCULINO	3	13.6
FEMENINO	19	86.4
<b>NIVEL ACADÉMICO</b>		
ENFERMERA GENERAL	5	22.7
ENFERMERA ESPECIALISTA	7	31.8
LIC. ENFERMERÍA	6	27.3
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA	4	18.2
TOTAL	22	100%

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO

**CUADRO No. 2**  
**ANTECEDENTES LABORALES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA,**  
**HOSPITAL MONICA PRETELINI, ABRIL 2017.**

<b>PLAZA LABORAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
BASE	6	27.3
CONTRATO	13	59.1
SUPLENCIA	3	13.6
<b>CÓDIGO</b>		
ENFERMERA GENERAL	10	45.5
ENFERMERA ESPECIALISTA	10	45.5
JEFE DE SERVICIO	1	4.5
PASANTE	1	4.5
<b>ANTIGÜEDAD LABORAL</b>		
1-5	5	22.7
7-9	7	31.8
10-20	7	31.8
37 -44	3	13.7
<b>ANTIGÜEDAD EN QUIRÓFANO</b>		
1-4	10	45.5
5-7	5	22.7
8-12	6	27.3
+39	1	4.5
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO

**CUADRO No.3**

**ENTRADA QUIRÚRGICA  
PROGRAMA CIRUGÍA SEGURA HOSPITAL MÓNICA PRETELINI**

ENTRADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>1.- PRESENCIA DEL EQUIPO QUIRÚRGICO</b>		
CIRUJANO	11	50.0
ANESTESIÓLOGO	13	59.1
INSTRUMENTISTA	16	72.7
CIRCULANTE	22	100.0
<b>2.-EQUIPO QUIRÚRGICO COMPLETO</b>		
SI	14	36.4
NO	8	63,6
<b>3.- CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>		
SI	20	90.9
NO	2	9.1
<b>4.- ALERGIAS CONOCIDAS</b>		
SI	3	13.6
NO	19	86.4
<b>5.-PROFILAXIS ANTIBIÓTICA</b>		
SI	11	50.0
NO	11	50.0
<b>6.- DIFICULTAD VÍA ÁEREA</b>		
SI	3	13.6
NO	19	86.4
<b>7.-RIESGO DE HEMORRAGIA</b>		
SI	5	22.7
NO	17	77.3
<b>8.-HEMODERIVADOS Y SOLUCIONES DISPONIBLES</b>		
SI	19	86.4
NO	3	13.6
<b>9.- CRUCE DE SANGRE PREVIAMENTE</b>		
SI	19	86.4
NO	3	13.6
<b>10.-ESTUDIOS TRANSOPERATORIOS</b>		
SI	2	9.1
NO	20	90.9
<b>11.-IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES</b>		
SI	20	90.9
NO	2	9.1
<b>TOTAL</b>	22	100%

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO



**CUADRO No. 4**

**PAUSA QUIRÚRGICA  
PROGRAMA CIRUGÍA SEGURA  
HOSPITAL MÓNICA PRETELINI**

PAUSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>12.- EQUIPO QUIRÚRGICO PRESENTE</b>		
SI	11	50.0
NO	11	50.0
<b>13.- EQUIPO QUIRÚRGICO CONFIRMA</b>		
PACIENTE	22	100.0
PROCEDIMIENTO	22	100.0
SITIO QUIRURGICO	22	100.0
<b>14.- EL CIRUJANO INFORMA</b>		
PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS	22	100.0
NO		
DURACIÓN DE LA CIRUGÍA	22	100.0
NO		
PERDIDA DE SANGRE PREVISTA	20	9.1
SI	2	90.9
NO		
<b>15.-EL ANESTESIOLOGO INFORMA</b>		
SI	14	63.6
NO	8	36.4
<b>16.-ENFERMERÍA NOTIFICA</b>		
FECHA Y MÉTODO DE ESTERILIZACIÓN	21	95.5
SI	1	4.5
NO		
REACTIVO QUÍMICO DE ESTERILIZACIÓN	22	100.0
NO		
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO

**CUADRO No. 5**

**SALIDA QUIRÚRGICA  
PROGRAMA CIRUGÍA SEGURA  
HOSPITAL MÓNICA PRETELINI**

SALIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>17.- ENFERMERÍA CONFIRMA VERBALMENTE</b>		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SI	22	100.0
RECuento DE INSTRUMENTAL, GASAS AGUJAS SI	22	100.0
PROBLEMAS CON MATERIAL Y EQUIPO SI	22	100.0
<b>18.- IDENTIFICACIÓN DE MUESTRAS</b>		
NO	22	100.0
<b>19.- ETIQUETA CORRECTA DE MUESTRAS</b>		
NO	22	100.0
<b>20.- CIRUJANO, ANESTESIÓLOGO Y ENFERMERÍA COMENTAN</b>		
PRINCIPALES ASPECTOS DE LA OPERACIÓN NO	22	100.0
PLAN DE TRATAMIENTO SI	7	31.8
NO	15	68.2
RIESGOS PORTOPERATORIOS NO	22	100.0
<b>21.- NECESIDAD DE PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA</b>		
NO	22	100.0
<b>22.- OCURRIERON EVENTOS ADVERSOS</b>		
NO	22	100.0
<b>23.- FIRMAN LA HOJA MIEMBROS DEL EQUIPO QUIRÚRGICO</b>		
CIRUJANO	22	100.0
ANESTESIÓLOGO	22	100.0
INSTRUMENTISTA	21	95.5
CIRCULANTE	22	100.0
<b>TOTAL</b>	22	100%

FUENTE: INSTRUMENTO APLICADO



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



**"2016. Año del Centenario de la instalación del Congreso Constituyente.**

**No. Registro Cofepris: 13 CI 15 106 068**

**MINUTA DE SESIÓN ORDINARIA DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN**

Siendo las 12:30 horas del día 06 de octubre del 2016, reunidos en las aulas del Hospital, se convoca de manera ordinaria al Comité de Investigación del Hospital Materno Perinatal "Mónica Pretelini Sáenz", para evaluar el Proyecto de Investigación, titulado:

**"APLICACIÓN DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA"**

Nombre del solicitante: **GABRIELA LIMA ROMUALDO**. Director de académico: **DRA. EN A.D. GLORIA ÁNGELES ÁVILA**.  
No. De registro de la investigación: **2016-10-485**

NIVEL DE RIESGO:	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>SIN RIESGO</b>	<input type="checkbox"/>	RIESGO MINIMO	<input type="checkbox"/>	RIESGO MAYOR AL MINIMO
AVANCES:	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>NO APLICA</b>	<input type="checkbox"/>	% PRESENTADO	<input type="checkbox"/>	% PROGRAMADO
DICTAMEN:	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>APROBADO</b>	<input type="checkbox"/>	PENDIENTE DE APROBACIÓN	<input type="checkbox"/>	NO APROBADO

Habiéndose leído el contenido de éste instrumento, se da por terminada la sesión siendo las 13:00 horas del día 06 de octubre del 2016; el C. Miguel Ángel López Esquivel Presidente del Comité de Investigación y vocales del mismo firman la presente minuta:

**PRESIDENTE**

MIGUEL ÁNGEL LÓPEZ ESQUIVEL  
TELEMEDICINA

**VOCAL**

MARÍA ESTHER BLANCO AGUIRRE  
INVESTIGACIÓN

**VOCAL SECRETARIO**

JAVIER EDMUNDO HERRERA VILLALOBOS  
UNIDAD DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN  
Y CAPACITACIÓN

**VOCAL**

PAMELA MONTSERRAT NAVA DÍAZ  
NUTRICIÓN

SECRETARÍA DE SALUD  
COORDINACIÓN DE HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL MATERNO PERINATAL "MÓNICA PRETELINI SÁENZ"



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



1731

“2016. Año del Centenario de la instalación del Congreso Constituyente.

DICTAMEN FAVORABLE: CONBIOETICA15CEI00120130322

No. Registro Cofepris: 13 CEI 15 106 073

**MINUTA DE SESIÓN ORDINARIA DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN**

Siendo las 12:30 horas del día 06 de octubre del 2016, reunidos en las aulas del Hospital, se convoca de manera ordinaria al Comité de Ética en Investigación del Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”, para evaluar el Proyecto de Investigación, titulado:

**“APLICACIÓN DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA”**

Nombre del solicitante: **GABRIELA LIMA ROMUALDO**. Director de académico: **DRA. EN A.D. GLORIA ÁNGELES ÁVILA**.  
No. De registro de la investigación: **2016-10-485**

NIVEL DE RIESGO:	<input checked="" type="checkbox"/> SIN RIESGO	<input type="checkbox"/> RIESGO MINIMO	<input type="checkbox"/> RIESGO MAYOR AL MINIMO
AVANCES:	<input checked="" type="checkbox"/> NO APLICA	<input type="checkbox"/> % PRESENTADO	<input type="checkbox"/> % PROGRAMADO
DICTAMEN:	<input checked="" type="checkbox"/> APROBADO	<input type="checkbox"/> PENDIENTE DE APROBACIÓN	<input type="checkbox"/> NO APROBADO

Habiéndose leído el contenido de éste instrumento, se da por terminada la sesión siendo las 13:00 horas del día 06 de octubre de 2016 del 2016; el C. Hugo Mendieta Zerón Presidente del Comité de Ética en Investigación y vocales del mismo firman la presente minuta:

**PRESIDENTE**

HUGO MENDIETA ZERÓN  
INVESTIGACIÓN

**VOCAL-SECRETARIO**

JORGE ANTONIO GUTIEREZ RAMIREZ  
MEDICO ADSCRITO

**VOCAL**

NANCY HITAYETZY SANTAMARÍA BENHUMEA  
ADMINISTRATIVO

**VOCAL**

VERÓNICA BEJARANO ORIHUELA  
PSICOLOGA

**VOCAL**

ACELA MARLEN SANTAMARÍA BENHUMEA  
INVESTIGADOR

**VOCAL**

EVERADO IBARRA ESTRADA  
ENSEÑANZA MÉDICA

SECRETARÍA DE SALUD  
COORDINACIÓN DE HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL MATERNO PERINATAL “MÓNICA PRETELINI SÁENZ”