



UAGro
FACULTAD DE ENFERMERÍA N° 2
COORDINACIÓN DE POSGRADO



CONACYT

**POSGRADO DE ENFERMERIA
ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA
GENERACIÓN 2016-2018**

TESINA:

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE GRADO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA

Impacto de una intervención educativa en el cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el área Quirúrgica del I.S.S.S.T.E Acapulco 2017.

PRESENTAN:

Angélica Gabriela Mejía Manzanarez.

Rosselhy Villanueva Salmerón.

Sonia Terrazas Salazar.

DIRECTOR INTERNO: M.C.E. Gregoria Juárez Flores

DIRECTOR EXTERNO M.C.E. Ma. Ángeles García Vázquez

C.A:125: Educación y Gestión en Enfermería

L.G.A.C: Procesos Educativos en enfermería y calidad del cuidado en los servicios de salud.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a:

La facultad de Enfermería N^o 2 y a la Coordinación de Posgrados por la oportunidad de Especializarnos en la rama de enfermería Médico Quirúrgica.

Nuestros profesores por su paciencia, dedicación y conocimientos compartidos para formarnos como especialistas.

Las autoridades del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Acapulco, Guerrero, y a la Coordinación de Enseñanza e Investigación por las facilidades otorgadas para realizar el estudio.

A nuestra directora de tesis la M.C.E. Gregoria Juárez Flores, por su dedicación, tiempo, esfuerzo y guía durante la elaboración del trabajo de investigación.

Resumen

Introducción: La organización mundial de la salud en el 2008, lanzo su segundo reto “cirugía segura salva vidas”, cuyo propósito es mejorar la seguridad de las cirugías en todo el mundo, definiendo un conjunto básico de normas que puedan aplicarse en cualquier país, denominada la lista de verificación de cirugía segura, el **objetivo** fue Determinar el Impacto de una intervención educativa en el cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el área Quirúrgica del I.S.S.S.T.E Acapulco 2017. La **metodología:** Se realizó un estudio de tipo cuantitativo transversal y de diseño cuasi experimental, el universo de estudio fueron Intervenciones quirúrgicas realizadas por el personal profesional del quirófano (cirujano, anestesiólogo y enfermeras) del Hospital ISSSTE Acapulco. El muestreo fue por conveniencia, se incluyó todo evento quirúrgico (80 cirugías) realizado durante el periodo de recolección de información del 5 al 29 de diciembre de 2017 se utilizó un instrumento de recolección de información validado por la Organización Mundial de la Salud (LVCS), en el primer apartado se encuentran datos referentes al tipo de cirugía, el segundo apartado consta de 10 criterios que corresponden a la entrada quirúrgica, 9 a la pausa quirúrgica, 5 a la salida quirúrgica cada criterio tiene dos respuestas cumple y no cumple, para la tabulación de la información se utilizó el programa SPSS versión 23 y se elaboraron tablas, gráficas y estadísticos descriptivos. **Resultados:** Se encontró que antes de la intervención educativa el porcentaje del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura fue del 46.43%, con respecto a la mediana de los porcentajes. Después de la intervención se encontró un incremento del porcentaje del cumplimiento, incrementando hasta un 75.00%, incrementando un 28.57% el cumplimiento. **Conclusión:** La intervención educativa en el cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura si tuvo impacto. Por tanto, se alcanzó el objetivo propuesto.

Palabras clave: Lista de verificación de cirugía segura, cumplimiento, intervención educativa.

Summary

Introduction: The world health organization in 2008, launched its second challenge "safe surgery saves lives", whose purpose is to improve the safety of surgeries around the world, defining a basic set of standards that can be applied in any country, called the safe surgery checklist, the **objective** was to determine the impact of an educational intervention on compliance with the Safe Surgery Verification Checklist in the ISSSTE Acapulco Surgical Area 2017. The **methodology:** An observational design study was conducted, descriptive cross-sectional and quasi-experimental, the study population consisted of the professional staff of the operating room (surgeon, anesthesiologist and nurses) of the Hospital ISSSTE Acapulco. The type of sampling was randomized (80) surgeries and the selection criteria were applied, the time was from November 15 to December 25, the space was the surgical area of the Hospital ISSSTE Acapulco. A validated information collection instrument was used, in the first section there are data referring to the type of surgery, the second section consists of 10 criteria that correspond to the surgical entry, 9 to the surgical pause, 5 to the surgical exit each criterion it has two answers it fulfills and it does not comply, for the tabulation of the information the program SPSS version 23 was used and tables, graphs and descriptive statistics were elaborated. **Results:** It was found that before the educational intervention the percentage of compliance with the safe surgery checklist was 46.43%, with respect to the median of the percentages. After the intervention, an increase in the compliance percentage was found, increasing up to 75.00%, increasing compliance by 28.57%. **Conclusion:** The educational intervention in compliance with the Safe Surgery Verification Checklist did have an impact. Therefore, the proposed objective was reached.

Key words: Checklist of safe surgery, compliance, educational intervention.

Índice general

Agradecimientos	1
Resumen	2

Summary	3
Índice general	4
Capítulo I	6
1.1 Introducción	7
1.2 Planteamiento del problema	9
1.3 Justificación	12
1.4 Objetivos	14
1.5 Hipótesis	15
Capítulo II	16
2.1 Marco teórico	17
2.1.1 Principales conceptos abordados en la investigación	17
2.1.2 Error ¿Es humano?	18
2.1.3 implicaciones legales del error en la práctica médica	19
2.1.4 Cirugía segura salva vidas	20
2.1.5 Lista de Verificación de cirugía segura	22
2.1.6 La enfermera y la seguridad del paciente	24
2.1.7 Marco referencial	26
Capítulo III	30
3.1 Metodología	31
3.1.1 Diseño del estudio	31
3.1.2 población de estudio	31
3.1.3 Tamaño de la muestra	31
3.1.4 Tiempo de estudio	31
3.1.5 Espacio	31
3.1.6 Tamaño de la muestra	31
3.1.7 Criterios de selección	32
3.1.8 Instrumento de recolección de datos	32
3.1.9 Procedimiento de recolección de datos	33
3.1.10 Criterios éticos	34
3.1.11 Variables de estudio	36

3.1.12 Plan de análisis de resultados	36
Capítulo IV	43
4.1 Resultados	44
4.1.1 Perfil sociolaboral del personal profesional del quirófano del área quirúrgica del ISSSTE Acapulco	44
4.1.2 Caracterización de las cirugías realizadas en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco	47
4.1.3 Cumplimiento de la lista de verificación segura antes y después de la intervención educativa	51
Capítulo V	89
5.1 Conclusiones y sugerencias	90
5.2 Referencias Bibliográficas	91
Anexos	94
Oficio de gestión de autorización de investigación	95
Autorización de investigación	96
Instrumento de recolección de datos	97
Programa educativo	100
Cronograma de trabajo	106

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La organización mundial de la salud en el 2008, lanzo su segundo reto “cirugía segura salva vidas”, cuyo propósito es mejorar la seguridad de las cirugías en todo el mundo , definiendo un conjunto básico de normas que puedan aplicarse en cualquier país, denominada la lista de verificación de cirugía segura, esta lista fue aprobada en 8 ciudades como Toronto (Canadá), Londres (Reino Unido), Amman (Jordania), Seattle (EEUU), Manila (Filipinas), Ifakara (Tanzania) y nueva Delhi (India), y redujo el índice de complicaciones postoperatorias de 11% a 7%, muertes de 1.5% a 0.8%, infección del sitio quirúrgico de 6.2% a 3.4% y re-operación no planificada de 2.4% a 1.8%.

Es importante mencionar que la “Lista de Verificación de Cirugía Segura “ se creó con el objetivo de intervenir al paciente correcto, en el sitio del cuerpo correcto, prevenir el daño derivado de la anestesia, evitar el dolor, identificar riesgos de la vía aérea y pérdida significativa de sangre, prevenir reacciones alérgicas y adversas a medicamentos, minimizar el riesgo de infección quirúrgica, evitar la retención inadvertida de gases o instrumental, comunicar e intercambiar de manera efectiva

la información del paciente y establecer sistemas de vigilancia y monitorización de la actividad quirúrgica.

Dada la importancia de la seguridad del paciente quirúrgico, en el presente trabajo de investigación se determinó el Impacto de una intervención educativa en el cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el área Quirúrgica del I.S.S.S.T.E Acapulco, el estudio fue de tipo observacional, descriptivo, transversal y cuasi experimental, la población de estudio estuvo constituida por el personal profesional del quirófano (cirujano, anestesiólogo y enfermeras) del Hospital ISSSTE Acapulco, la muestra fue por conveniencia se incluyó todo evento quirúrgico que cumplió con los criterios de inclusión, durante el periodo de recolección de información.

Cabe destacar que la investigación no solo fue diseñada para observar el fenómeno estudiado, dentro de la planeación se estructuró una intervención educativa de enfermería con el propósito de reafirmar el conocimiento y sensibilizar al personal profesional del área quirúrgica de la importancia de la correcta aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, para ello la investigación se dividió en tres etapas: En la primer etapa se gestionaron los permisos pertinentes para la autorización de la investigación, autorizada la investigación se procedió a la recolección de información, mediante un estudio de sombra se aplicó el instrumento de recolección de información con 26 criterios a cotejar, 10 corresponden a la entrada quirúrgica, 9 a la pausa quirúrgica, 5 a la salida quirúrgica y los últimos 2 criterios hacen referencia si fue llenada en tiempo y forma y si fue firmada por cada uno de los participantes del acto quirúrgico, cada criterio tiene dos respuestas cumple y no cumple.

En la segunda etapa de la investigación se llevó a cabo la intervención educativa de enfermería, se acudió al área quirúrgica del I.S.S.S.T.E Acapulco y se invitó a todo el personal profesional a participar, como estrategias educativas se utilizaron: un cartel de 1x1 metro donde se plasman los principales puntos a destacar de la cirugía segura, un video de 8 minutos sobre la importancia de la correcta aplicación de la

lista de verificación de cirugía segura y un tríptico con recomendaciones para la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.

En la tercera etapa se realizó nuevamente la recolección de información y al terminar se ingresó la información en una base de datos realizada en el programa estadístico SPSS versión 23, para su análisis se elaboraron tablas, gráficos y ecuaciones estadísticas para medir el impacto de la intervención.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad 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 lo que equivale a una operación por cada 25 personas, cabe destacar que pese a todas las bondades que ofrece la cirugía para curar una enfermedad, paliar la sintomatología o reducir la mortalidad, no está exenta de errores ya que las complicaciones quirúrgicas son un problema de salud inminente y según evaluaciones del impacto correspondientes, al menos un millón de pacientes mueren cada año durante o después de una operación. (Barido, E. y cols. 2012) (Izquierdo, F. 2016)

Es importante mencionar que en una revisión de 427 reportes, 253 estuvieron relacionadas con cuasierrores, 174 con errores al inicio de la cirugía, 34 con el paciente incorrecto, 39 con el procedimiento incorrecto y 298 con la cirugía en el lado incorrecto, además cabe destacar que los pacientes quirúrgicos tienen mayor riesgo de eventos adversos porque poseen las siguientes características especiales que los hacen más susceptibles de presentar un evento adverso: ausencia de mecanismos de defensa, sufrir una invasión o agresión de carácter mayor y el paso por varias unidades o servicios. (Cole, L. 2012) (Rivero, A. 2012)

En el mundo se estima que un 25% de los pacientes sometidos a cirugía sufren complicaciones post-operatorias, entre el 2 y 5% contraen algún tipo de infección en

el sitio de operación y del total de los eventos adversos reportados, la mitad se asocia a procedimientos quirúrgicos, estas tasas son mucho mayores en países industrializados, ya que aproximadamente entre 3 y 16% de los procedimientos quirúrgicos que requieren hospitalización presentan complicaciones importantes que generan discapacidad permanente o tasas de mortalidad de 0.4 a 0.8%. (Barido, E. y cols. 2012) (López, E. 2016)

En México son pocos los reportes relacionados con el tema, del Análisis de las quejas gestionadas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (enero-junio 2007), el 35% estuvieron relacionadas con el tratamiento quirúrgico y contenían elementos de mala práctica, el 71% de éstas correspondieron a las especialidades de cirugía general y ginecología. Del total de las quejas, en el 47% no se produjo daño físico, en 21% el daño fue temporal, en 14% fue permanente y en 18% el paciente falleció. (“Evolución de la Seguridad del paciente el contexto mundial y su perspectiva en México”, s.f)

En el Estado de Guerrero no hay cifras sobre la incidencia de eventos adversos relacionados con procedimientos quirúrgicos pero la delegación de conciliación y arbitraje Médico recibió 6 mil 770 casos de quejas por algún tipo de inconformidad o negligencia médica a lo largo del 2016, se deduce que de esta cifra un porcentaje corresponde a complicaciones derivadas de procedimientos quirúrgicos, es importante mencionar que de lo casos reportados el Instituto Mexicano del Seguro Social concentro el 35% del total, le sigue la secretaria de Salud y en tercer lugar el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado, cabe destacar que en el municipio de Acapulco es donde se registró el 92% de las inconformidades. (Díaz, I. 2017)

Derivado de la problemática antes expuesta la organización mundial para la salud definió una serie de objetivos para el equipo quirúrgico-anestésico actuante, estableciendo la lista de chequeo de cirugía segura, como un método eficaz, sencillo, practico y aplicable a todo procedimiento quirúrgico para mejorar la seguridad en los pacientes quirúrgicos, incorporando la evaluación de elementos

clave como mínimos requeridos, de manera que se logre la seguridad del paciente además de evitar sobrecargar indebidamente al sistema y los profesionales que conforman el equipo quirúrgico. (Bach, K. 2014)

La investigación se desarrolló en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco, esta área cuenta con 4 salas quirúrgicas y en promedio se realizan 22 cirugías diariamente, el equipo quirúrgico generalmente está compuesto por el médico anesthesiologo, cirujano principal y uno o dos asistentes, enfermera instrumentista quien participa directamente en el acto quirúrgico y la enfermera circulante encargada de planificar todo el acto quirúrgico, y de la lista de verificación de cirugía segura, de formular las preguntas y cumplimentar las marcas en las casillas, cabe resaltar que su uso y desarrollo no depende exclusivamente del personal de enfermería, es imprescindible la colaboración del anesthesiologo y cirujano.

Por ello resulta imperativo responder la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el Impacto de una intervención educativa en el cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el área Quirúrgica del I.S.S.S.T.E Acapulco 2017?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se justifica porque la organización mundial de la salud para reducir el número de muertes por prácticas inadecuadas en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, creó la iniciativa “Cirugía Segura Salva Vidas”, donde se crearon estándares mínimos universales del cuidado quirúrgico, dando como resultado una lista de verificación de cirugía segura, esta lista de chequeo 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 bienestar de los pacientes quirúrgicos, esta lista es simple, breve, de bajo costo, alto impacto a nivel social y define el entorno de seguridad del paciente durante la cirugía. (Rivero, M.D., 2012)

México, en seguimiento con el lanzamiento de la campaña sectorial “cirugía segura salva vidas” y en vinculación con el programa OMS-Seguridad del paciente, ha realizado la difusión del uso de la lista de verificación en 20 entidades federativas, incorporando alrededor de 300 hospitales y 1,694 directivos a la estrategia, la LVCS se ha reconocido como una herramienta eficaz para la prevención de eventos adversos, sin embargo aún existe inconsistencia en los registros debido al desconocimiento del llenado, a la falta de tiempo para realizarla, o a la poca importancia que representa para el personal del quirófano realizarla, por lo que puede resultar en un llenado mecanizado, con la intención de cumplir solo con el registro sin lograr el objetivo principal, tener una directriz donde este detallado el procedimiento y la forma de realizarlo. (Díaz, A., 2012) (Bach, K. 2014)

Por ello esta investigación tendrá una gran utilidad, ya que sus resultados beneficiarán a un significativo número de pacientes que diariamente se someten a alguna intervención quirúrgica, siendo muchas veces víctimas de una serie de complicaciones e incluso llegar a la muerte innecesariamente, conocer cómo se está aplicando la lista de verificación de cirugía segura permitirá superar las limitaciones

de su ejecución e implementar estrategias viables para su cumplimiento, garantizando el cuidado holístico, humano, de calidad durante el procedimiento quirúrgico, así mismo la actualidad de este tema y los resultados que dé él se obtengan, serán un punto de partida para realizar otras investigaciones, con diferente enfoque metodológico, que estudie otros aspectos de la lista de verificación de cirugía segura ya que son mínimos los estudios sobre la temática abordada.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 General

Determinar el Impacto de una intervención educativa en el cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el área Quirúrgica del I.S.S.S.T.E Acapulco 2017.

1.4.2 Específicos

- Evaluar el Cumplimiento de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el área Quirúrgica del I.S.S.S.T.E Acapulco antes de la intervención educativa.
- Realizar una intervención educativa de enfermería dirigida al personal profesional (médicos cirujanos, anestesiólogos y enfermeras) sobre la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el área Quirúrgica.
- Evaluar el Cumplimiento de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el área Quirúrgica del I.S.S.S.T.E Acapulco después de la intervención educativa.

1.5 HIPOTESIS

La intervención educativa en el cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el área Quirúrgica del I.S.S.S.T.E Acapulco tiene impacto.

CAPITULO II

2.1 MARCO TEORICO

2.1.1 Principales conceptualizaciones abordadas en la investigación

Seguridad del paciente: Ausencia, prevención o minimización de los daños producidos durante el proceso de atención sanitaria que minimiza riesgos y daño a los enfermos, a la vez que examina la ausencia de lesiones derivadas de dicha atención.

Cirugía segura: Procedimiento efectuado en quirófano para curar, mediante intervenciones quirúrgicas, algunas enfermedades del cuerpo humano, observando reglas que minimicen riesgos y daño a los enfermos, a la vez que examina la ausencia de lesiones derivadas de dicha atención, asegurando la vida de la persona que será intervenida.

Cirugía Segura-Salva vidas: Programa que pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar importantes cuestiones de seguridad,

como las inadecuadas prácticas de seguridad anestésicas, las infecciones quirúrgicas evitables y la escasa comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico, para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de acontecimientos de este tipo.

Lista de verificación: Lista de comprobación que sirve de guía y permite recordar los puntos que deben ser inspeccionados en función de los conocimientos que se tienen sobre las características y riesgos de la cirugía.

Cumplimiento: La palabra cumplimiento refiere a la acción y efecto de cumplir con determinada cuestión o con alguien. En tanto, por cumplir, se entiende hacer aquello que se prometió o convino con alguien previamente que se haría en un determinado tiempo y forma, es decir la realización de un deber o de una obligación. (Izquierdo, F. P. 2016)

2.1.2 Errar ¿Es humano?

La condición humana está ligada al error en cualquier actividad y el ejercicio práctico de la medicina no es la excepción, prueba de ello es que a mediados de la década de los 90' las muertes inesperadas ocurridas en los hospitales de Estados Unidos de América, llevaron al gobierno a ordenar la creación de un comité para investigar la calidad del cuidado. Y a principios del año 2000 este grupo público el resultado de una investigación realizada sobre los errores médicos en pacientes atendidos en forma hospitalaria, el informe titulado errar es humano concluyo que entre 44 000 a 98 000 de personas mueren al año en los hospitales de ese país, como resultado de errores que se suceden en el proceso de atención.

Estas cifras situaron a la mortalidad por errores médicos en EUA en los primeros sitios, incluso por encima de la mortalidad producida por accidentes de tránsito, por cáncer o por sida, además cabe resaltar que si bien los errores asistenciales tienen un costo muy personal muy importante, ellos erosionan la confianza de los pacientes en el sistema y dañan a las instituciones y a los médicos.

El aumento progresivo en la incidencia de los errores de medicación en los hospitales, observada en los países desarrollados, se pueden atribuir a varios factores, entre los que primordialmente se deben destacar la falta de sistematización, apoyada en la informática, de los procesos de atención médica, derivado de la escasa inversión en tecnología de la información en el sector y la creciente complejidad de los procedimientos terapéuticos, pues no cabe duda que la complejidad es un enemigo de la seguridad.

Además se ha producido un enorme incremento en la complejidad y especialización de la asistencia, a la que se han incorporado tecnologías y tratamientos muy avanzados, mientras que esta no ha sido capaz de incorporar de manera paralela las nuevas tecnologías en los procedimientos de trabajo, los cuales se encuentran completamente desfasado a todo esto se añade la existencia de una cultura profesional que tiende a ocultar en lugar de favorecer la comunicación abierta de los errores asistenciales y de sus causas.(Villareal, J. C. y cols. 2012)

2.1.3 Implicaciones legales del error en la práctica medica

Estudios estiman que uno de cada veinticinco pacientes que han sufrido negligencia médica interpone una demanda, cometer errores es una característica del ser humano, pero en el caso del error médico no está sujeto al perdón, ubicando al médico en desventaja con otras profesiones ya que genera consecuencias en la salud, siendo ésta uno de los valores fundamentales protegidos por la ley.

Cabe destacar que la obligación de las instituciones y/o profesionales de la salud es brindar atención médica. Si la actuación de los mismos no se ajusta a las normas que contemplan la forma en que debe ser proporcionada la atención, y llega o no a causar algún daño al paciente, surge la responsabilidad jurídica, lo anterior obliga a responder civil, administrativa y/o penalmente por el posible daño causado a quien resulte responsable de acuerdo a las leyes aplicables.

El error médico es el daño provocado al paciente por la acción u omisión del médico al ejercer su profesión y sin cometerlo intencionalmente, o bien, la conducta clínica incorrecta en la práctica médica, como consecuencia de la decisión de aplicar un

criterio equivocado, del cual se deriva la obligación de responder por los daños ocasionados y surge cuando se presenta alguno de los siguientes casos:

Negligencia: es el incumplimiento de los elementales principios de la profesión, esto es, que sabiendo lo que se debe hacer no se hace, o a la inversa, que sabiendo lo que no se debe hacer se hace, por lo que generalmente ocurre por omisión.

Imprudencia: Es afrontar un riesgo sin haber tomado las debidas precauciones para evitarlo, procediendo con apresuramiento innecesario, sin detenerse a pensar en los inconvenientes que resultarán de esa acción u omisión, es decir, consiste en hacer lo que no debería ser hecho.

Impericia: es falta de conocimientos técnicos básicos e indispensables que se deben tener obligatoriamente en determinada profesión, es hacer mal lo que debía hacerse bien.

Las sanciones por responsabilidad administrativa se disponen por el artículo 417 de la Ley General de Salud que consisten en: amonestación con apercibimiento, multa, clausura temporal o definitiva, que podrá ser total o parcial y arresto hasta por treinta y seis horas. De igual forma el artículo 418 menciona que la autoridad competente deberá fundar su resolución con base en los daños que hayan producido o puedan producirse en la salud de las personas, la gravedad de la infracción, las condiciones socio-económicas, la reincidencia y el beneficio obtenido por el infractor como resultado de la infracción. También, para el caso de médicos servidores públicos podrán ser sancionados por lo dispuesto en la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos, que consiste en la destitución y/o inhabilitación del cargo público.

Cabe destacar que en la actualidad la ley general de salud y el reglamento de procedimientos para la atención de quejas medicas de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, no se limita solo a sancionar a los médicos, sino que también incluye a las instituciones, técnicos o auxiliares de la salud. (Santamaría, N. H., 2014)

2.1. 4 Cirugía segura salva vidas

Derivado de lo antes expuesto en las últimas décadas ha existido un interés científico en conocer cuáles son los principales factores de riesgo de los pacientes quirúrgicos con la finalidad de modificarlos. Dentro de los principales riesgos identificados se encuentran los errores producidos por una falta de estandarización de los procesos, como en el caso de la profilaxis que se administra a los pacientes para evitar infecciones, la falta de previsión sobre el riesgo de sangrado, la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico, entre otros. Así, la investigación sobre eventos adversos ha demostrado que aún en las mejores instituciones a nivel mundial, el entorno del quirófano es complejo y es fácil que se olvide alguno de los pasos durante los acelerados preparativos preoperatorios, intraoperatorios o posoperatorios. (Barido, E., 2012)

De tal manera, en el 2008 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 para reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico.

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. (SICALIDAD, 2009)

Esta campaña en México tiene 10 objetivos específicos que son:

1. Operar al paciente correcto en el sitio anatómico correcto.
2. Utilizar métodos que se saben previenen los daños derivados de la anestesia al tiempo que se protege al paciente del dolor.
3. Actuar eficazmente en caso de que se produzca pérdida de la función respiratoria o del acceso a la vía aérea.
4. Actuar en caso de una hemorragia y prevenir esta situación.
5. Prevenir reacciones alérgicas o reacciones adversas a fármacos.

6. Utilizar procesos reconocidos para minimizar el riesgo de la infección quirúrgica.
7. Evitar dejar accidentalmente gases o instrumental en la herida quirúrgica.
8. Guardar e identificar con precisión todas las muestras quirúrgicas obtenidas.
9. Comunicar eficazmente la información sobre el paciente para que la operación se desarrolle de forma segura.
10. Establecer reportes de vigilancia sistemática de capacidad, volumen y resultados quirúrgicos. (Barido, E. y cols. 2012)

2.1. 5 Lista de verificación de cirugía segura

Con el asesoramiento de cirujanos, anestesistas, enfermeros, expertos en seguridad para el paciente y pacientes de todo el mundo, se edita la lista de chequeo de cirugía segura, también denominada lista de verificación o CheckList, la cual es una lista de comprobación que sirve de guía y permite recordar los puntos que deben ser inspeccionados en función de los conocimientos que se tienen sobre las características y riesgos de la cirugía. Se ha demostrado que su uso se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales y entornos y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básicas. Para ello esta estrategia de seguridad, propone objetivos para el equipo quirúrgicoanestésico actuante, estableciendo la lista de chequeo de cirugía segura, como instrumento para lograrlo. (Izquierdo, F. P. 2016)

En México, en Septiembre del 2007 a través de la Secretaria de Salud y sustentado en el Programa Nacional de Seguridad del Paciente de SICALIDAD, se establece un compromiso con la alianza mundial por la seguridad del paciente de la OMS. Y se adopta y modifica la lista de verificación de cirugía segura por el grupo técnico. La validación de la lista de verificación fue llevada a cabo por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en conjunto con diferentes instituciones de salud como: el Consejo Nacional de Medicina (CONAMED), La Academia Mexicana de

Cirugía (AMC), La Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México (UNAM), el Centro Médico Nacional La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Grupo Ángeles ANHP coordinada por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, en Agosto del 2009. Una vez aprobada la LVCS se efectuó su difusión e implementación en todo el país, se llevó a cabo su instauración mediante un programa de capacitación y enseñanza continua a todo el personal. (Torres, I. 2014)

Existen tres principios aplicables a la Lista de Chequeo:

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 encontrarían 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

Amplitud de Aplicación: De habernos centrado en un entorno concreto con determinados recursos habría cambiado el tipo de cuestiones debatidas (por ejemplo, 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 atajarse con soluciones comunes.

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.

Esta lista estandariza los diferentes tiempos quirúrgicos con parámetros indispensables que se deben de cumplir. La lista básica generalmente se divide en

entrada, pausa quirúrgica y salida, que correspondería a los preparativos preoperatorios, intraoperatorios y posoperatorios respectivamente.

Durante la “Entrada”, es decir, antes de la inducción de la 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 operado. Se confirma visualmente que se halla delimitado el sitio quirúrgico, por ejemplo, si se operará la rodilla derecha o izquierda, que el paciente tenga colocado un pulsioxímetro y que funcione correctamente. Además, se revisa verbalmente con el anestesista el riesgo de hemorragia, de dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente, y si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad del equipo de anestesia.

En la “Pausa quirúrgica”, cada miembro del equipo se presenta por su nombre y función. El equipo se detiene justo antes de la incisión cutánea para confirmar en voz alta que se va a realizar la operación correcta en el paciente y el sitio correcto, y a continuación los miembros del equipo revisan verbalmente los puntos fundamentales de su plan de intervención. Asimismo, se confirma si se han administrado antibióticos profilácticos en tiempo adecuado y si pueden visualizarse adecuadamente los estudios de imagen esenciales.

Finalmente, en la “Salida”, todos los miembros del equipo revisan la operación llevada a cabo, y se realiza el recuento de gasas e instrumentos y el etiquetado de toda muestra biológica obtenida como sería en el caso de biopsias o cultivos realizados. Se repasan los planes y aspectos principales del tratamiento posoperatorio.

De acuerdo con el Manual de Instrucciones para el uso del listado de verificación sobre seguridad quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud, se recomienda la designación de una única persona, preferiblemente la enfermera instrumentista II o circulante, para confirmar que se complete cada paso de la lista de chequeo y hasta que los miembros del equipo se familiaricen con este listado, se trata de conseguir que estas medidas no se omitan por la rapidez en los pasos entre las fases de una intervención. (Arrizalba, E. y Lupica, L., 2014)

2.1.6 La enfermería y la seguridad del paciente

Los profesionales de enfermería están directamente implicados en la provisión de un ambiente seguro, en el que los pacientes puedan desenvolverse sin sufrir daños y en el que perciban una sensación de seguridad, en la profesión de enfermería hay modelos y teorías que apuntan a satisfacer las necesidades de los pacientes y la necesidad de seguridad es una de ellas. (González, M. T. y Torres, B., 2012)

La teoría de Watson surge, en parte, como respuesta a una observación de los continuos cambios producidos en las organizaciones sanitarias, con un enfoque excesivamente médico, técnico y, a su vez, económico, que va en detrimento de los valores del cuidado y de la Enfermería. Por tanto, considera que es necesario humanizar los cuidados –núcleo de nuestra profesión– ya de por sí sumergidos en un sistema de salud burocratizado, proporcionando un sistema de valores que contribuya a fomentar una profesión más social, moral y científica, relacionada con un compromiso hacia los cuidados humanos en la teoría, en la práctica y en la investigación. (Guerrero, R. y cols. 2015)

Dentro de las características del Cuidado Humano, descrito por J. Watson quien con respecto al cuidado sostiene que: ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud; en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería.

Afirma que el grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado. La enfermera que desea, ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado, una ocasión de cuidado es el momento en que la enfermera y otra persona viven juntos de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. No una simple meta para quien es cuidado, Watson insiste en que: la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente.

Al respecto, liderar y ser partícipe del cumplimiento de la lista de chequeo, como estrategia de la Cirugía segura- salva vidas, es reconocida por Watson en su Teoría del Cuidado Humanizado, este a pesar que en el sector salud, está sujeto a las restricciones de la organización administrativa, no debe alejarse de su autenticidad, creando un espacio seguro, con sus conocimientos, su responsabilidad y disponibilidad de buscar a través del cuidado humano la seguridad vital, que todo paciente sometido a una intervención quirúrgica, reclama y espera. (Bach, K., 2014)

2.1.7 Marco referencial

a) Ámbito Internacional

Izquierdo, F. P. Realizo un estudio en Lima Perú en el 2016, que tuvo como objetivo determinar el nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo, el diseño del estudio fue cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, la población estuvo conformada por 191 listas de chequeo de cirugía segura anexadas a las historias clínicas de los pacientes postoperados inmediatos y la muestra fue 57 de las mismas. La técnica utilizada fue el análisis documental, se utilizó como instrumentos la lista oficial de chequeo de cirugía segura del Hospital Dos de Mayo y además una hoja de registro para cada profesional del equipo quirúrgico con escala dicotómica, los resultados de la investigación fueron los siguientes: Del 100% (57) Historias clínicas, un 68% (39) no cumple la lista de verificación de cirugía segura (LVCS), y un 32%(18) cumple. En la etapa antes de la inducción anestésica cumple 91% (52) y un 9% (5) No Cumple; en la Pausa quirúrgica cumple 77% (44) y un 23% (13) No Cumple y en la tercera etapa cumple 58% (33) y un 42% (24) No Cumple.

(Izquierdo, F. P., 2016)

Astudillo, J. S. y Espinoza, K.X. Realizaron un estudio en Ecuador en el 2014, que tuvo como objetivo Verificar la aplicación del Manual de Cirugía Segura de la Organización Mundial de la Salud en el Hospital Moreno Vázquez, Gualaceo, abril a septiembre, 2014, el diseño del estudio fue descriptivo, con un universo de 452 cirugías, el método de recolección de datos fue el registro del listado de verificación de cirugía segura, en un formulario; los conocimientos del personal sanitario fueron

determinados por medio de un cuestionario elaborado con base de datos de la OMS y la tabulación de datos mediante el SPSS, los resultados de la investigación fueron los siguientes: la aplicación del manual se realizó de manera óptima en un 91.9%. El preoperatorio se cumple en el 91.05%, pero el marcado del sitio quirúrgico no se realiza en el 54.9%. En el intraoperatorio se cumple en un 92.1%, pero no se administra antibioticoterapia profiláctica en el 52.7%. El postquirúrgico se cumple en el 91.4%, pero no verifican el instrumental el 71%. Los conocimientos de personal sanitario sobre el manual están entre el 81.2% y el 62.5% respectivamente. (Astudillo, J. S. y Espinoza, K.X., 2014)

Bach, K y Milagros, E. realizaron un estudio en Chiclayo en el 2014 que tuvo como objetivo tiene identificar, describir y analizar las experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura. Los datos se obtuvieron con una entrevista semiestructurada a profundidad, aplicada a 11 enfermeras, delimitándose la muestra por criterios de saturación y redundancia. En las consideraciones finales se establece que las limitaciones existentes para la correcta aplicación de la Lista de Chequeo son: Falta de capacitación, responsabilidad y conciencia del equipo; superficialidad con la que se realiza la recolección de datos del paciente, omisión de la firma, procesos mecanizados, entre otros. (Bach, K y Milagros, E. 2014)

Soria, V. y cols. Realizaron un estudio en España en el 2011 que tuvo como objetivo valorar el grado de implantación y los factores asociados a la cumplimentación del listado de verificación quirúrgica (LVQ) propuesto por la OMS, en los servicios de cirugía de los hospitales públicos de la región de Murcia, el estudio fue transversal retrospectivo se realizó muestreo aleatorio estratificado no proporcional en cada hospital. El tamaño de la muestra se estableció en 10 casos por centro con un total de 90 intervenciones quirúrgicas. El análisis de datos incluye el porcentaje de cumplimiento de las variables de interés (presencia del LVQ y la cumplimentación del mismo, completa, por apartados y por ítems) a nivel regional y según el hospital, grupos de hospitales según tamaño; el tipo de anestesia (local, regional o general); y el turno de trabajo (mañana o tarde); así como la edad y sexo de los pacientes intervenidos, los resultados fueron los siguientes: El listado se encontraba en la

historia clínica en 75 casos (83,33%; IC 95%: 78,7- 87,5%), y cumplimentado en su totalidad en 25 casos (27,8%; IC 95%: 18,5-37,0%). El porcentaje de ítems cumplimentados fue del 70,1% (IC 95%: 67,9%-72,2%). El porcentaje de cumplimentación varía por hospital desde un 35,8 hasta un 98,9%.(Soria, V. y cols. 2012)

b) Ámbito Nacional

Rivero, M.D y cols. Realizaron un estudio en México en el 2010, el objetivo del estudio fue Determinar el nivel de cumplimiento y los factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura, el diseño del estudio fue descriptivo, prospectivo, transversal, se realizó en el periodo de mayo-agosto del 2010. El muestreo se realizó por conveniencia se incluyó todo evento quirúrgico (n = 326) y personal-profesional de sala de Operaciones (n = 93), se realizó una lista de chequeo con 25 ítems con escala dicotómica para determinar nivel y factores de cumplimiento, viabilidad, llenado correcto, marcaje y pausa quirúrgica, también percepción de beneficios para evitar eventos adversos, los datos fueron analizados en Excel a través de frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central los resultados fueron los siguientes: El nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura es de 87.97%. El incumplimiento se identificó en marcaje del sitio quirúrgico (9.6%); reporte verbal de consideraciones especiales y situaciones críticas en cirugía (50.6%), aspectos de recuperación (41.0%). El 91.8% del personal considera que la lista es viable; para el 86.3%, proporciona algún beneficio, y el 91.2% considera que evita eventos adversos. (Rivero, M.D y cols. 2012)

Trujillo, V, y cols. Realizaron un estudio en Chiapas en el 2016, que tuvo como objetivo Identificar el cumplimiento de los criterios de la campaña «Cirugía Segura Salva Vidas» por el personal de salud del área quirúrgica, el estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal en el servicio de quirófano del Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud (HRAECS), se utilizó como instrumento de recolección la lista de verificación (entrada, pausa quirúrgica y salida), los resultados encontrados fueron los siguientes: En la entrada se encontró un bajo porcentaje en el proceso de la demarcación del sitio con un 76%; en la pausa, se

encontró un bajo porcentaje en el proceso del cirujano, anestesiólogo y enfermera, que lo confirman con un 83%, y en salida se encontró un bajo porcentaje en el proceso de recuperación, tratamiento; el equipo lo registra en la historia clínica (67%).

Nava, M. G. y cols. realizaron un estudio en México en el 2011 que tuvo como objetivo Corroborar el correcto llenado del formato de Cirugía Segura en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), como contribución para la seguridad del paciente, el diseño del estudio fue cuantitativo, exploratorio, longitudinal, el universo de trabajo fueron los pacientes intervenidos en el INNN de enero a mayo del 2011, se verificaron listados de cirugía (531), la muestra fue probabilística del 53% (325), se aplicó como instrumento el listado modificado de verificación de Cirugía Segura propuesto en el INNN, los resultados fueron los siguientes: se corroboró que para ingresar al área quirúrgica debe estar debidamente integrada en el expediente clínico la lista de verificación, con: consentimiento informado, nota anestésica, nota quirúrgica, resultados de laboratorio, todos estos documentos deben corresponder a la programación del día, identificando al enfermo por su nombre, registro y fecha de nacimiento, corroborando todos estos datos con su brazalete de identificación. (Nava, M. G. y cols. 2011)

Torres, I. y cols. realizaron un estudio en México en el 2014, que tuvo como objetivo Determinar el Nivel de apego por el equipo quirúrgico al Cumplimiento en la Lista de Verificación "Cirugía Segura" en un Hospital General de Zona, el diseño del estudio fue observacional, descriptivo; con una muestra de 80 cirugías en donde se evaluó el apego del equipo quirúrgico al cumplimiento de la lista de verificación cirugía segura, con una lista de Cotejo aplicando la siguiente escala: no cumple, cumple parcialmente y se cumple totalmente, con un Alpha de Cronbach de .885. El Análisis se llevó a cabo mediante Estadística descriptiva en el paquete (SPSS) versión 20 analizando porcentajes, frecuencias y prueba de correlación, los resultados fueron los siguientes: El nivel de apego a la Lista de Verificación de Cirugía Segura fue del 76%, lo cual indica un cumplimiento parcial, en la fase pre quirúrgica del 96%, en el intermedio quirúrgico un 77% y en el tiempo de salida en un 65%. (Torres, I. y cols. 2014)

c) **Ámbito estatal y local**

A pesar de la extensa búsqueda bibliográfica no se encontraron investigaciones que aborden la misma temática en el ámbito estatal y local.

CAPITULO III

3.1 METODOLOGIA

3.1.1 Tipo y diseño de estudio

El tipo de estudio fue cuantitativo, debido a que se cuantificaron todas las observaciones y fue transversal ya que el cuestionario fue aplicado una sola vez en cada momento y el diseño del estudio es cuasi experimental, debido a que se evaluó antes y después de la intervención, con un alcance comparativo.

3.1.2 Universo de estudio

Intervenciones quirúrgicas realizadas por el personal profesional del quirófano (cirujano, anestesiólogo y enfermeras) del Hospital ISSSTE Acapulco.

3.1.3 Tamaño de la muestra

El muestreo fue por conveniencia, se incluyó todo evento quirúrgico (80 cirugías) realizado durante el periodo de recolección de información.

3.1.4 Tiempo

1 era recolección de información: del 5 al 15 de diciembre del 2017 en el horario matutino de 8-12 y en el vespertino de 14 a 18 horas.

Intervención educativa: del 18 al 20 de diciembre del 2017 en el horario matutino de 8-12 y en el vespertino de 14 a 18 horas.

2 da recolección de información: del 21 al 29 de diciembre del 2017 en el horario matutino de 8-12 y en el vespertino de 14 a 18 horas.

3.1.5 Espacio

La investigación se realizó en el área quirúrgica del Hospital ISSSTE Acapulco.

3.1.6 Tipo de muestreo

No probabilístico.

3.1.7 Criterios de selección

Criterios de inclusión: Cirugías que sean realizadas en el área quirúrgica del hospital I.S.S.S.T.E Acapulco durante el periodo de recolección de información.

Criterios de exclusión: Cirugías donde el equipo quirúrgico no permita la entrada del investigador a la sala quirúrgica.

Criterios de eliminación: Cirugías donde el personal del equipo quirúrgico sospeche que están siendo observado.

3.1.8 Instrumento de recolección de datos

Se utilizó un instrumento de recolección de información validado, en el primer apartado se encuentran datos referentes al tipo de cirugía, turno donde se realizó, hora de inicio y termino de cirugía, el segundo apartado consta de 10 criterios que corresponden a la entrada quirúrgica, 9 a la pausa quirúrgica, 5 a la salida quirúrgica y los últimos 2 criterios hacen referencia si fue llenada en tiempo y forma y si fue firmada por cada uno de los participantes del acto quirúrgico, cada criterio tiene dos respuestas cumple y no cumple.

A continuación se describe cada una de las fases de la Lista de Chequeo, la lista divide la intervención en tres fases, cada una de las cuales corresponde con un periodo de tiempo específico del flujo normal del procedimiento; el periodo previo a la inducción anestésica (Entrada), el periodo después de la inducción y antes de la incisión quirúrgica (“Pausa quirúrgica”), y el periodo durante o inmediatamente después de cerrar la herida (Salida). En la Entrada, antes de la inducción anestésica, la enfermera circulante repasará verbalmente con el paciente (cuando sea posible) que se ha confirmado su identidad, la localización de la cirugía y el procedimiento a realizar, y también que se ha obtenido el consentimiento informado para la intervención. La enfermera confirmará visualmente que el sitio de la intervención ha sido marcado (si procede), y repasará verbalmente con el anestesista el riesgo de hemorragia del paciente, la posible dificultad en la vía aérea, y las alergias, así como si se ha completado o no la revisión del total de controles de seguridad de la anestesia.

En la “Pausa quirúrgica”, el equipo realizará una pausa inmediatamente antes de la incisión de la piel para confirmar en voz alta que se ha administrado la profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos y que están a la vista las imágenes esenciales, si procede. El cirujano, el anestesista y la enfermera circulante repasarán verbalmente a continuación los aspectos críticos del plan previsto para la intervención, utilizando las preguntas de la Lista de Chequeo como guía. Finalmente, durante la Salida, el cirujano, el anestesista y la enfermera circulante repasarán cada uno en voz alta, los incidentes críticos de la intervención y el plan para un postoperatorio seguro, antes de terminar la intervención y retirar los paños estériles. El cirujano confirmará el procedimiento realizado, el anestesista el plan de recuperación y la enfermera la identificación de las muestras biológicas, y el recuento de gasas e instrumental.

3. 1.9 Procedimiento de recolección de datos

El procedimiento se estructuró en tres etapas que a continuación se describen:

Etapa 1:

Se gestionaron los permisos correspondientes para la autorización de la investigación.

Una vez autorizada la investigación se presentaron las investigadoras en el turno matutino y vespertino como estudiantes de la especialidad de enfermería médico quirúrgica solicitando les permitieran ingresar a la sala durante el proceso quirúrgico, para completar su práctica clínica, ya que no se les puede informar el objetivo real para evitar sesgos en la información recabada.

Se observaron las cirugías que cumplieron con los criterios de inclusión se realizó el llenado del instrumento de recolección de datos con objetividad, previamente el equipo investigador tuvo un consenso sobre el llenado del instrumento.

Al terminar la recolección de información se foliaron cada uno de los instrumentos recabados y se ingresaron en la base de datos para la formulación de tablas y gráficas.

Etapa 2:

Se acudió nuevamente a los dos turnos antes mencionados, invitando al personal del equipo quirúrgico a una breve plática con duración de 15 minutos, donde se destacó la importancia de cumplir con los criterios de la lista de verificación de cirugía segura ya que conocemos que el equipo quirúrgico conoce esta lista de verificación y no es propiamente una intervención, educativa sino una intervención para sensibilizar y concientizar al equipo quirúrgico sobre la importancia de realizar cada criterio en tiempo y forma.

Como estrategia educativa se elaboró un cartel de 1x1 metro donde se plasman los principales puntos a destacar durante la plática, se transmitió un video de 8 minutos sobre la importancia de la correcta aplicación de la lista de verificación de cirugía segura y se entregó un tríptico con recomendaciones para la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.

Etapas 3:

Posterior a la intervención se aplicó nuevamente el instrumento de recolección de información, se observaron las cirugías realizadas en el turno matutino y vespertino, al término de la recolección se ingresó la información en la base de datos y los resultados se analizaron a través de la estadística descriptiva y comparativa con la información de la primera recolección para determinar el impacto de la intervención realizada.

3.1.10 Criterios éticos de la investigación

Para ejecutar el estudio de investigación se tomó en cuenta la autorización de la Institución y Jefaturas de Enfermería pertinentes. Cabe señalar que no se tuvo contacto directo con el paciente, y se aplicó la:

Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, del Capítulo 1, Título II De los Aspectos Éticos de la Investigaciones los Seres Humanos bajo los siguientes artículos:

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 16. Las investigaciones donde participen los seres humanos debe quedar protegida su privacidad, identificándolo solamente cuando el resultado de los datos así lo requieran.

Artículo 23. En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

Principios de la bioética:

- Principio de autonomía: No se realizará ningún tipo de referencia que pueda identificar a los participantes del equipo quirúrgico, ni a las personas sometidas a las cirugías. Los datos recolectados serán utilizados únicamente para fines de la investigación.
- Principio de justicia: La selección de las listas de cirugía segura será aleatoria y no basada en otro criterio.
- Principio de beneficencia: Se devolverán los resultados en una sesión que refuerce la importancia de la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura y las alternativas de solución.
- Principio de no maleficencia: El estudio no causará ningún daño ni riesgo alguno, ni a los pacientes ni a los profesionales del equipo quirúrgico; por ser un estudio descriptivo.

3.1.11 Variables de estudio

- Variable dependiente: Cumplimiento de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

- Variable independiente: Momento de la evaluación en el área quirúrgica del I.S.S.S.T.E Acapulco.

Estas variables tienen una estrecha correlación ya que el valor de la variable dependiente o Cumplimiento de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura depende de la variable independiente, es decir del Momento de la evaluación en el área quirúrgica del I.S.S.S.T.E Acapulco, ya que antes de la intervención puede tener menor cumplimiento y después de la intervención puede mejorar el cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.

3.1.12 Plan de análisis e interpretación de datos

Posterior a la recolección de datos se llevó a cabo el procesamiento de la información mediante el programa estadístico SPSS versión 23, previa codificación de los datos según lo establecido en el instrumento. Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos estadísticos, el análisis de los resultados se realizó realizando la comparativa del pre y post-intervención de cada una de las variables estudiadas para determinar el impacto de la intervención de enfermería realizada.

Pruebas utilizadas para determinar el impacto de la intervención:

Índice de Eficiencia y niveles de cumplimiento

Fórmula para obtener el IE:

Número de puntos obtenidos del total de casos observados X 100 = I.E.

Número de puntos esperados del total de casos observados

Niveles de cumplimiento:

Nivel de excelencia: se asignara al desempeño global superior en donde el personal de enfermería realiza de manera secuencial todo el proceso y alcanza un índice de eficiencia global entre el 91 y el 100%.

Nivel de cumplimiento significativo: es el que resulta aceptable, dado que el personal de enfermería cumple con la mayoría de los requisitos del proceso y alcanza un estándar de calidad entre el 85 y el 90%.

Nivel de cumplimiento parcial: el personal de enfermería cumple con algunos requisitos del proceso y alcanza un estándar de calidad entre el 75 y el 84%.

Nivel de cumplimiento mínimo: se asigna cuando enfermería cumple con pocos de los requisitos del proceso y el estándar de calidad se ubica entre el 70 y el 74%.

Nivel de no cumplimiento: indica que el personal de enfermería no cumple con la mayoría de los requisitos del proceso y su estándar de calidad se encuentra por abajo del 70%.

Normalidad

Para evaluar la normalidad de los datos se realizó mediante el estadístico Shapiro Wilk.

Ho: La muestra aleatoria tiene una distribución normal.

Hi: La muestra aleatoria no tiene una distribución normal.

$$1 \quad h \quad 2 \quad A^2$$

$$W = \frac{1}{ns^2} \left[\sum_{j=1}^h a_{j,n} (x_{(n-j+1)} - x_{(j)}) \right] = \frac{1}{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}$$

(Pérez, 2004) donde h es n/2 si n es par y (n-1)/2

si n es impar

$a_{j,n}$ son los cuantiles esperados de x_i

$x_{(n-j+1)}$ es el dato mayor de la muestra ordenada

x_j = Es el valor ordenado en la muestra que ocupa el lugar j

$ns^2 = \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2$ es

Se rechaza H_0 si el p - valor $< \alpha$, para un $\alpha = 0.05$

Willcoxon

Para alcanzar el objetivo se utilizó el estadístico willcoxon. Para determinar el Impacto de una intervención educativa en el cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el área Quirúrgica del I.S.S.S.T.E, se realizó mediante la prueba estadística no paramétrica Wilcoxon, debido a que los datos no presentaron normalidad

Las pruebas estadísticas de una sola muestra que implica dos medias o pares replicados, se utilizan cuando el investigador desea establecer si dos tratamientos es mejor son diferentes o si un tratamiento es mejor que otro. La técnica estadística paramétrica usual para analizar los datos de dos muestras relacionadas es la aplicación de la prueba t a las diferencias en las puntuaciones obtenidas. Las diferencias se obtienen entre las puntuaciones obtenidas por los dos miembros de cada par o bien, de las dos puntuaciones obtenidas por el mismo sujeto en cada condición. La prueba t supone que las diferencias en las puntuaciones obtenidas pertenecen a una distribución normal, lo cual implica que las variables pueden

medirse al menos en una escala de intervalo. En ocasiones la prueba t no es adecuada porque:

1. Las suposiciones y los requisitos de la prueba t no son aplicables a los datos.
2. Es conveniente evitar hacer suposiciones o probar los requisitos de la prueba t y así dar una mayor generalidad a sus conclusiones.
3. Las diferencias entre los pares igualados no se presentan como puntuaciones, sino más bien como signos
4. Las puntuaciones son simplemente clasificatorias: los dos miembros del par pueden responder de la misma manera o de maneras diferentes, lo cual no afirma o propone alguna relación cuantitativa a cada uno.

Prueba de rangos de Willcoxon

La prueba de rangos asignados de Willcoxon adjudica mayor peso a los pares que muestran mayores diferencias entre las dos condiciones, más que a los pares cuya diferencia es pequeña.

Racionalización

La diferencia de las puntuaciones entre los miembros del par igualado (d_i) representa la diferencia entre las puntuaciones del par en los dos tratamientos (X y Y). Esto es, $d_i = X_i - Y_i$. Para utilizar la prueba de Willcoxon, se deben poner en columna todas las diferencias sin tener en cuenta el signo: se adjudica el rango 1 a las d_i más pequeña, el rango 2 a la menos pequeña, ect. Cuando se tiene que decidir el rango entre un -1 y un $+2$ o -2 , el más pequeño será -1 .

Entonces a cada *rango* se debe añadir el signo de la diferencia. Así se puede indicar e identificar los rangos de las diferencias positivas, de los rangos de las diferencias negativas.

La hipótesis es:

H₀: los tratamientos de X y Y son equivalentes

es decir, son muestras de la misma población, con la misma mediana y la misma distribución continua. Esto implica que:

H_0 : La mediana de Y antes es igual a la mediana de Y después

H_1 : La mediana de Y antes no es igual a la mediana de Y después

Si H_0 es verdadera, deberíamos encontrar algunas diferencias en favor del tratamiento X y otras diferencias en favor del tratamiento Y . Es decir, si sumamos los rangos que tienen signo positivo y aquellos con signo negativo, esperaríamos que ambas sumas fueran iguales (siempre que H_0 sea verdadera). Pero si la suma de los rangos positivos es muy diferente de la suma de los rangos negativos, se infiere que el tratamiento X difiere del tratamiento Y y por tanto rechazaríamos la H_0 . Es decir, rechazamos H_0 siempre que cualquiera de las sumas de las diferencias (positivas o negativas) sea demasiado pequeña.

Para desarrollar esta prueba definiremos dos estadísticos:

T^+ = Suma de los rangos de las diferencias positiva

T^- = Suma de los rangos de las diferencias negativas De

lo anterior, la suma de todos los rangos es

$$\frac{N(N+1)}{2} - T = \frac{N(N+1) - T^+}{2}$$

Empates

Ocasionalmente las dos puntuaciones de cualquier par son iguales. Es decir no existe diferencia entre los miembros de ese par, así que $X_i - Y_i = d_i = 0$. Tales pares son excluidos del análisis y el tamaño de N se reduce respectivamente. N es el número de pares igualados menos el número de pares donde $X = Y$.

Puede ocurrir otro tipo de empate cuando dos o más diferencias son de la misma magnitud. A estos casos se les asigna el mismo rango, el cual se calcula de la siguiente manera: imaginemos que tres pares presentan diferencias de la misma

magnitud $-1, -1$ y $+1$ a cada par se le asigna el rango 2 porque los rangos que les corresponderían se promediaron $(1 + 2 + 3)/3 = 2$; el rango que les correspondería al par siguiente sería 4 porque los rangos 1, 2, 3 ya fueron asignados.

Muestras grandes

Cuando N es mayor de 15, se puede demostrar que en tales casos la suma de los rangos T^+ se distribuyen aproximadamente normal con

$$Media = \mu_{T^+} = \frac{N(N + 1)}{4}$$

$$= \sigma_{T^+} = \frac{\sqrt{N(N + 1)(2N + 1)}}{24}$$

Por tanto

$$Z_c = \frac{T^+ - \mu_{T^+}}{\sigma_{T^+}} = \frac{T^+ - N(N + 1)/4}{\sqrt{N(N + 1)(2N + 1)}/24}$$

También se distribuye aproximadamente de manera normal con una media igual a cero y una varianza igual a uno.

Se rechaza H_0 si $|Z_c| > Z_t$. También se puede decidir si $p - valor < \alpha$, donde $\alpha = 0.05$

Aunque la prueba para muestras grandes parece ser una buena aproximación aun para muestras relativamente pequeñas, la correspondencia entre la probabilidad exacta y aproximada para una muestra de tamaño determinado depende del valor de T^+ . En tanto el tamaño de la muestra sea mayor la probabilidad aproximada será mejor.

Rangos empatados para muestras grandes.

Si existen rangos con empates, es necesario ajustar la prueba estadística para considerar el decremento en la variabilidad de T . La corrección requiere contar los

empates y reducir la varianza, respectivamente. En caso de existir rangos empatados, entonces

$$\sigma_{T^+}^2 = \frac{N(N+1)(2N+1)}{24} - \frac{1}{2} \sum_{j=1}^g t_j(t_j-1)(t_j+1)$$

Donde

g = Número de agrupamientos de diferentes rangos empatados.

t_j = Número de rangos empatados

Resumen del procedimiento

Para la aplicación la prueba de Willcoxon se deben observar los pasos siguientes

- 1.- para cada par igualado de observaciones, X_i y Y_i , determine la diferencia con signo entre las dos variables ($d_i = X_i - Y_i$).
- 2.- Ordene los rangos sin tener en cuenta sus signos. A las diferencias que tengan el mismo valor, asignarles el rango promedio.
- 3.- A cada rango asigne el signo (+o-) de la diferencia correspondiente.
- 4.- Determine N , que es el número de las diferencias que no son iguales a cero.
- 5.- Determine T^+ , que es la suma de los rangos que tiene signo positivo.
- 6.- El procedimiento para determinar la significancia del valor observado de T^+ depende del tamaño de N

Cuando $n > 15$, calcule el valor de z utilizando la ecuación y en Caso de existir rangos con empates, corrija la varianza. Determine la probabilidad asociada cuando H_0 es verdadera mediante la distribución normal estándar

Para una prueba bidireccional, multiplicar por dos el valor de la tabla. Si la probabilidad obtenida de esta manera es menor o igual que α , se rechaza H_0 .

CAPITULO IV

4.1 RESULTADOS

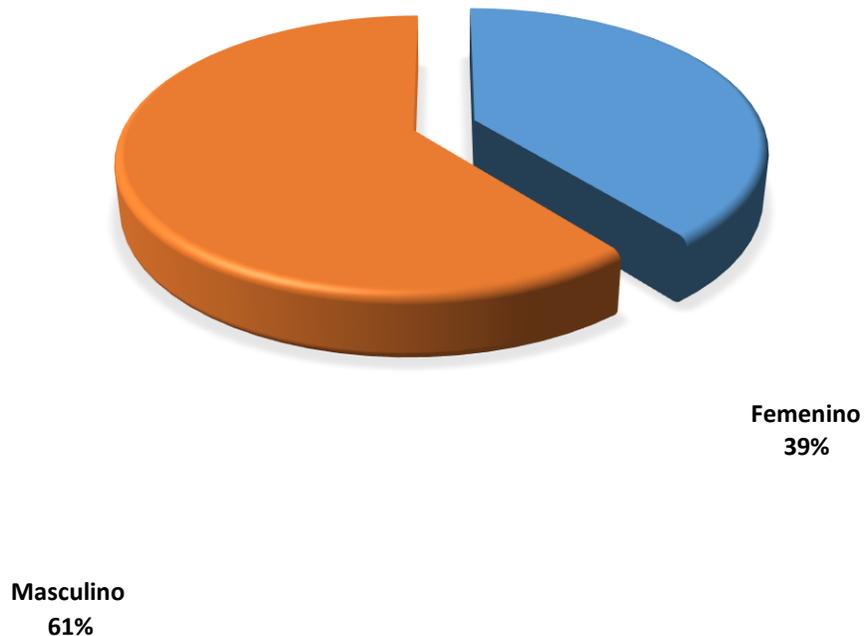
4.1.2 Perfil Sociolaboral del personal Profesional del Quirófano (cirujano, anesthesiólogo y enfermeras) del Hospital ISSSTE Acapulco.

En la tabla y grafica 1 se muestra el resultado del genero del personal profesional del área quirúrgica del ISSSTE, se observa que el mayor porcentaje lo obtuvo el género masculino con 60.8%, ya que los cirujanos en su mayoría son masculinos

Tabla 1. Genero

	Frecuencia	%
Femenino	20	39.2
Masculino	31	60.8
TOTAL	51	100

Grafica 1. Genero



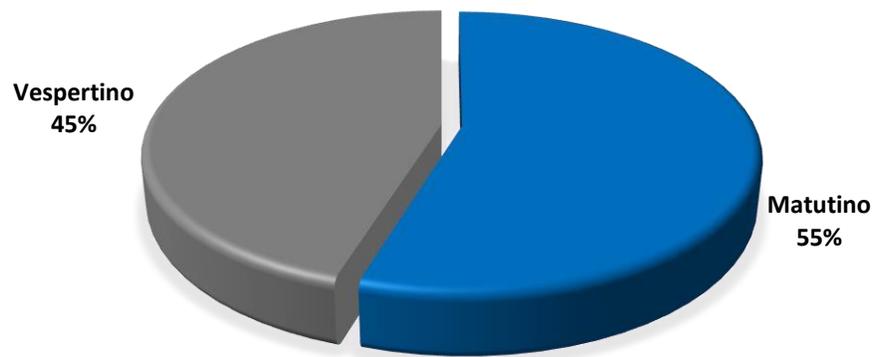
FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

En la tabla y grafica 2 se muestra la distribución de personal en el turno matutino y vespertino se observa que el mayor porcentaje lo obtuvo el turno matutino, ya que es el turno que tiene mayor distribución de personal derivado de que se programan un mayor número de cirugías.

Tabla 2. Turno

	Frecuencia	%
Matutino	28	54.9
Vespertino	23	45.1
TOTAL	51	100

Grafica 2. Turno



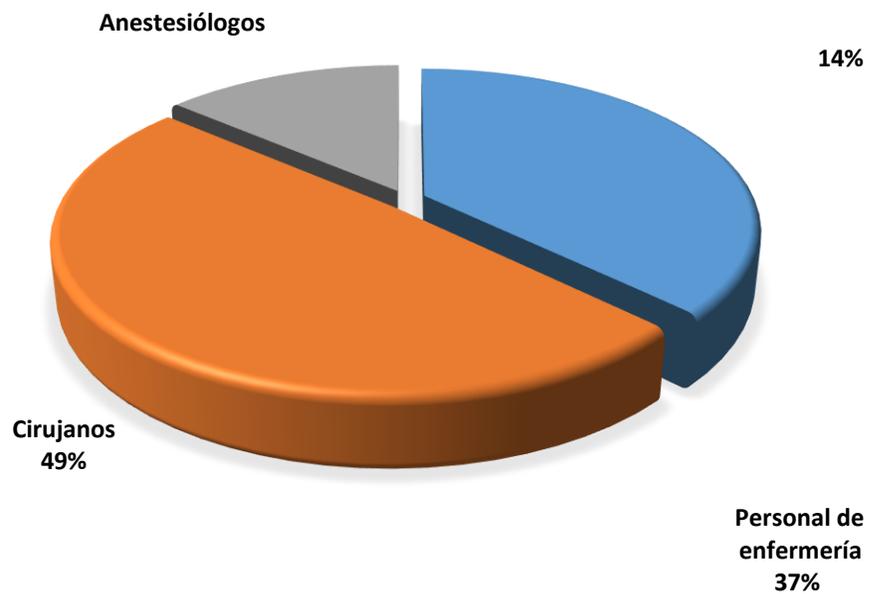
FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

En la tabla y grafica 3 se muestra la categorización del personal observado, ya que los tres grupos de estudio participan en el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura, el mayor porcentaje de observados fueron los cirujanos con un 49%.

Tabla 3. Categorización del personal profesional del área quirúrgica.

	Frecuencia	%
Personal de enfermería	19	37.2
Cirujanos	25	49.0
Anestesiólogos	7	13.8
TOTAL	51	100

Grafica 3. Categorización del personal profesional del área quirúrgica.



FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

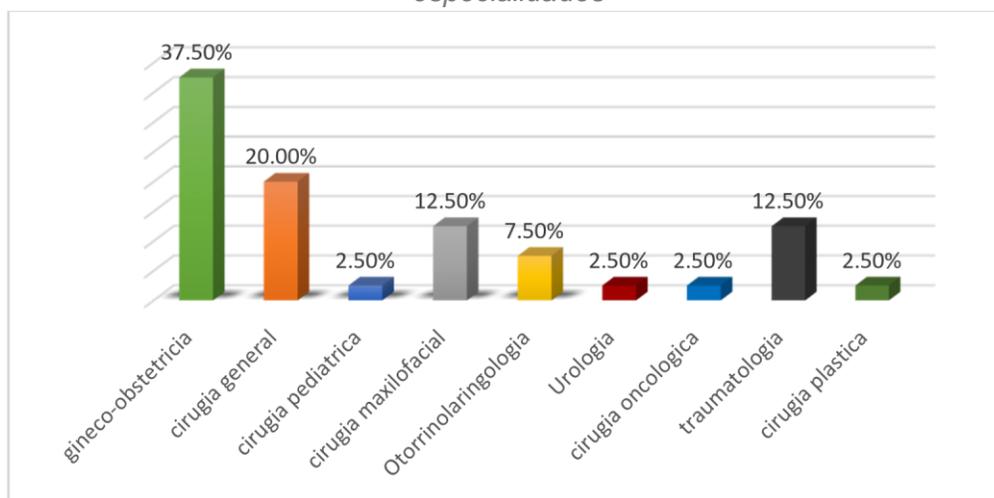
4.1.2 Caracterización de las cirugías realizadas en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco.

En la tabla y gráfica 4 se muestra el resultado sobre las cirugías realizadas en el área de quirófano antes de la intervención educativa, se encontró el mayor porcentaje con 37.5% de cirugías gineco-obstétricas, seguido por la cirugía general.

Tabla 4. Cirugías realizadas antes de la intervención educativa de acuerdo a especialidades

	Frecuencia	%
gineco-obstetricia	15	37.5
cirugía general	8	20.0
cirugía pediátrica	1	2.5
cirugía maxilofacial	5	12.5
Otorrinolaringología	3	7.5
Urología	1	2.5
cirugía oncológica	1	2.5
traumatología	5	12.5
cirugía plástica	1	2.5
Total	40	100

Grafica 4. Cirugías realizadas antes de la intervención educativa de acuerdo a especialidades



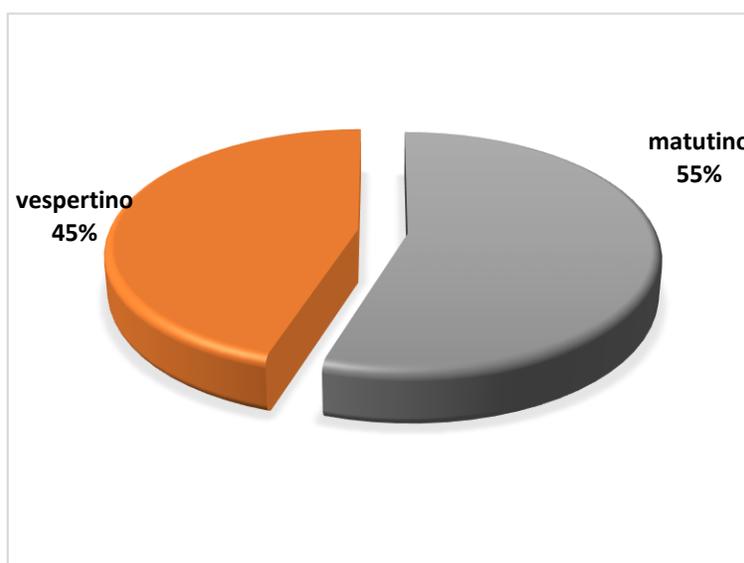
FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

Respecto al turno donde se realizaron las cirugías antes de la intervención en la tabla y grafica 5 se observa que el mayor porcentaje de cirugías se realizó en el turno matutino con un 55%.

Tabla 5. Turno en el que fueron realizadas las cirugías antes de la intervención

	Frecuencia	%
matutino	22	55.0
vespertino	18	45.0
Total	40	100

Grafica 5. Turno en el que fueron realizadas las cirugías antes de la intervención



FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

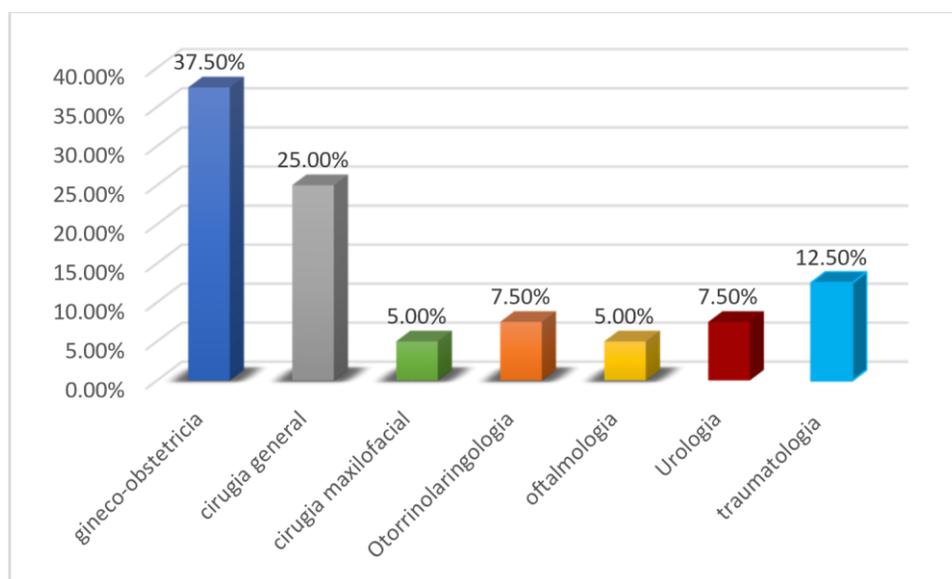
En la tabla y grafica 6 se muestra el resultado de las cirugías realizadas en el quirófano del ISSSTE Acapulco después de la intervención educativa, se observa

que el mayor porcentaje lo obtuvieron las cirugías de gineco-obstetricia con 37.5% y el menor porcentaje lo obtuvieron la cirugía de oftalmología y maxilofacial con 5% cada una.

Tabla 6. Cirugías realizadas después de la intervención educativa de acuerdo a especialidades

	Frecuencia	%
Gineco-obstetricia	15	37.5
cirugía general	10	25.0
cirugía maxilofacial	2	5.0
Otorrinolaringología	3	7.5
oftalmología	2	5.0
Urología	3	7.5
traumatología	5	12.5
Total	40	100

Grafica 6. Cirugías realizadas después de la intervención educativa de acuerdo a especialidades



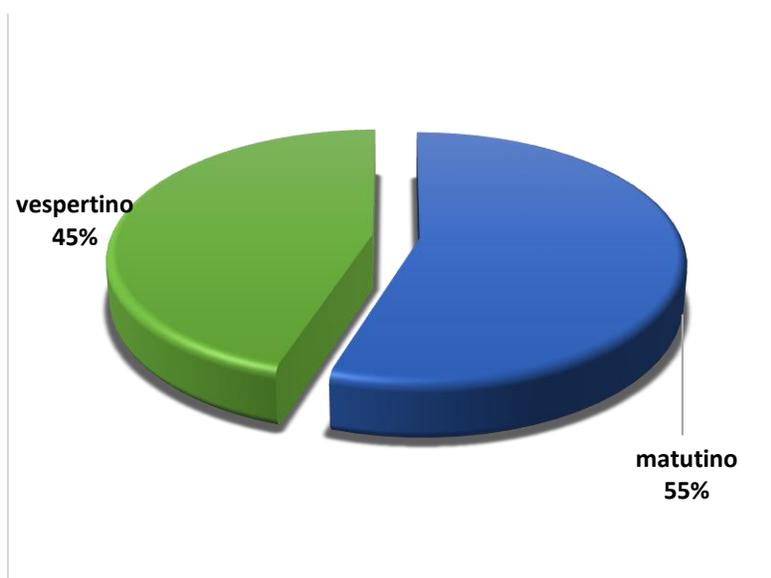
FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

En relación a las cirugías realizadas después de la intervención se muestra en la tabla y grafica 7 que el mayor porcentaje de cirugías se realizaron en el turno matutino con un 55%.

Tabla 7. Turno en el que fueron realizadas las cirugías después de la intervención

	Frecuencia	%
matutino	22	55.0
vespertino	18	45.0
Total	40	100

Tabla 7. Turno en el que fueron realizadas las cirugías después de la intervención



FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

4.1.2 Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura antes y después de la intervención educativa dirigida al personal profesional (enfermeras, cirujanos, anestesiólogos) del área quirúrgica del ISSSTE Acapulco.

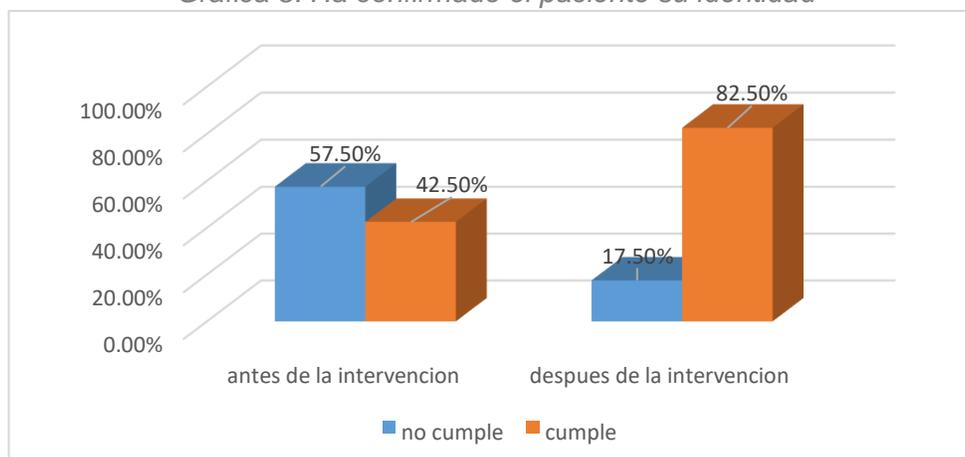
a) Evaluación del cumplimiento de la LVCS en la entrada quirúrgica (Antes de la administración de la anestesia)

En la tabla y grafica 8 se muestra el resultado comparativo sobre la confirmación de la identidad del paciente, se observa que de 57.5% cirugías en las que no se cumple se decremento a 17.5%, inversamente se incrementaron las cirugías de los que si se cumple de 42.5% subió a 82.5%.

Tabla 8. Ha confirmado el paciente su identidad

	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	frecuencia	%	frecuencia	%
No cumple	23	57.5	7	17.5
Cumple	17	42.5	33	82.5
Total	40	100	40	100

Grafica 8. Ha confirmado el paciente su identidad



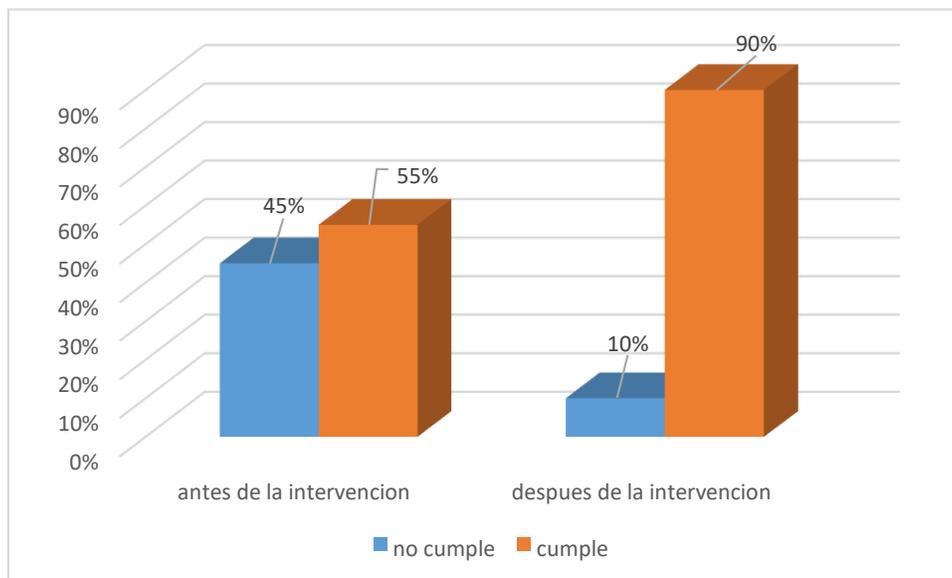
FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

La tabla y grafica 9 muestra el resultado comparativo en ¿ha confirmado el paciente sitio quirúrgico?, se observó que inicialmente en el 45% de las cirugías realizadas no se cumple, después de la intervención se decremento a 10% e inversamente se incrementó el cumplimiento de 55% al 90.0%.

Tabla 9. Ha confirmado el paciente sitio quirúrgico

	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	frecuencia	%	frecuencia	%
No cumple	18	45.0	4	10.0
Cumple	22	55.0	36	90.0
Total	40	100	40	100

Grafica 9. Ha confirmado el paciente sitio quirúrgico



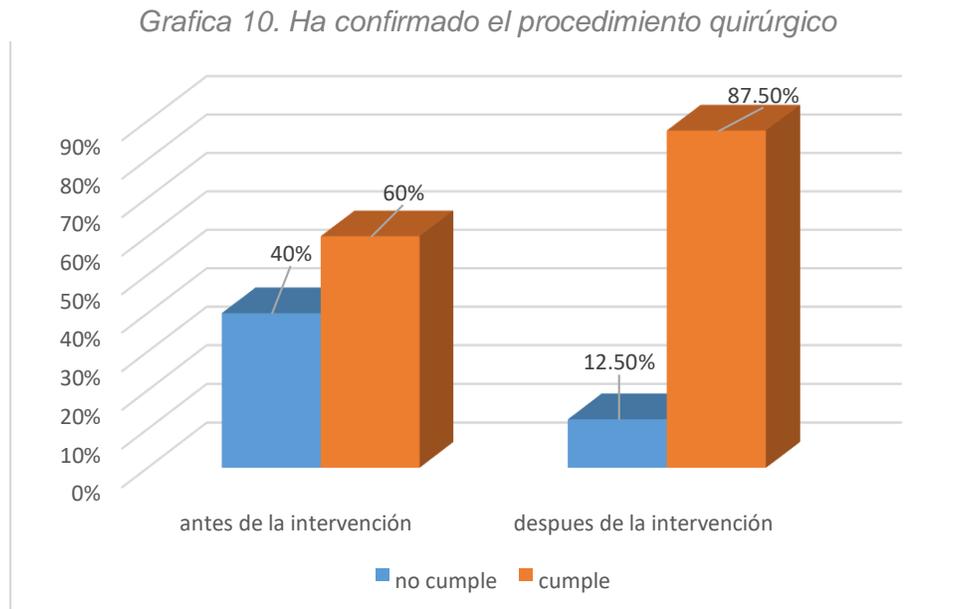
FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

En la tabla y grafica 10 se muestra el resultado comparativo sobre la confirmación del procedimiento quirúrgico, se observa que inicialmente en no cumple se obtuvo un 40.0% después de la intervención se decremento a 12.5%. Inversamente el cumplimiento se incrementó de 60.0% a 87.5%.

Tabla 10. Ha confirmado el procedimiento quirúrgico

	Antes de la intervención	Después de la intervención

	frecuencia	%	frecuencia	%
No cumple	16	40.0	5	12.5
Cumple	24	60.0	35	87.5
Total	40	100	40	100



FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

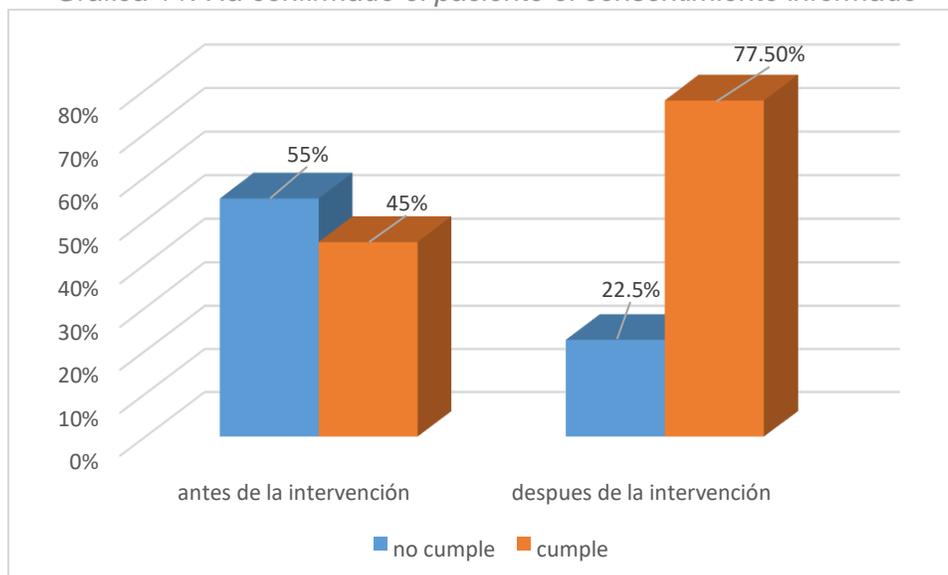
En la tabla y grafica 11 se muestra el resultado comparativo para ¿Ha confirmado el paciente el consentimiento informado?, se observa que inicialmente un 55.0% no cumplía, después de la intervención se decremento a 22.5%. Inversamente, el cumplimiento se incrementó de 45.0% a 77.5% del personal de salud del área quirúrgica, lo cual cumplió este indicador.

Tabla 11. ¿Ha confirmado el paciente el consentimiento informado?

	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	frecuencia	%	frecuencia	%
No cumple	22	55.0	9	22.5

Cumple	18	45.0	31	77.5
Total	40	100	40	100

Grafica 11. Ha confirmado el paciente el consentimiento informado



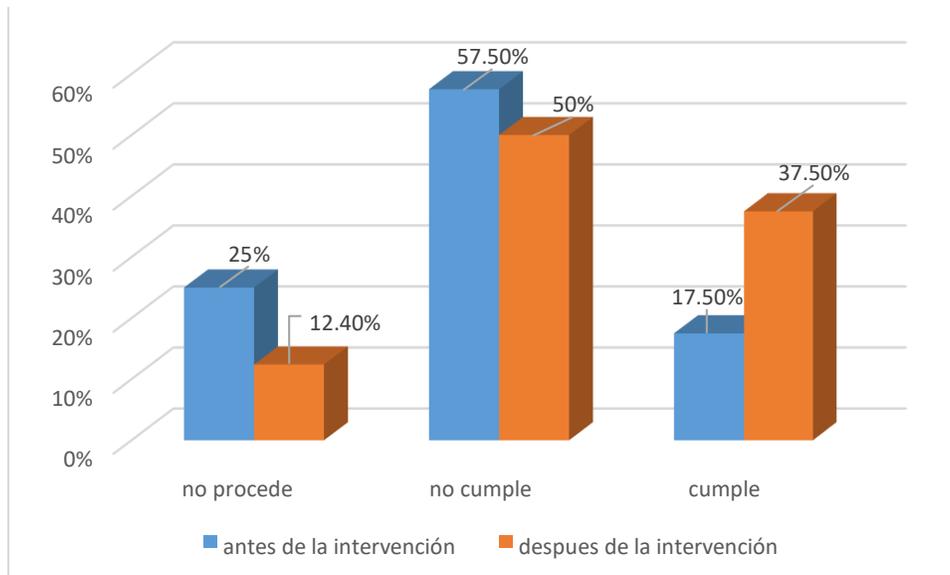
FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

En la tabla y grafica 12 se muestra el resultado comparativo para la demarcación del sitio quirúrgico, se observa que inicialmente el 25.0% de las cirugías realizadas no procede en este ítem, después de la intervención no procedió en el 12.5 % de las cirugías. En relación al no cumplimiento, se muestra un pequeño decremento de 57.7% bajo a 50.0%, inversamente cumple se incrementó de 17.5% paso a 37.5%.

Tabla 12. Se ha demarcado el sitio quirúrgico

	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	frecuencia	%	frecuencia	%
No procede	10	25.0	5	12.5
No cumple	23	57.5	20	50.0
Cumple	7	17.5	15	37.5
Total	40	100	40	100

Grafica 12. Se ha demarcado el sitio quirúrgico



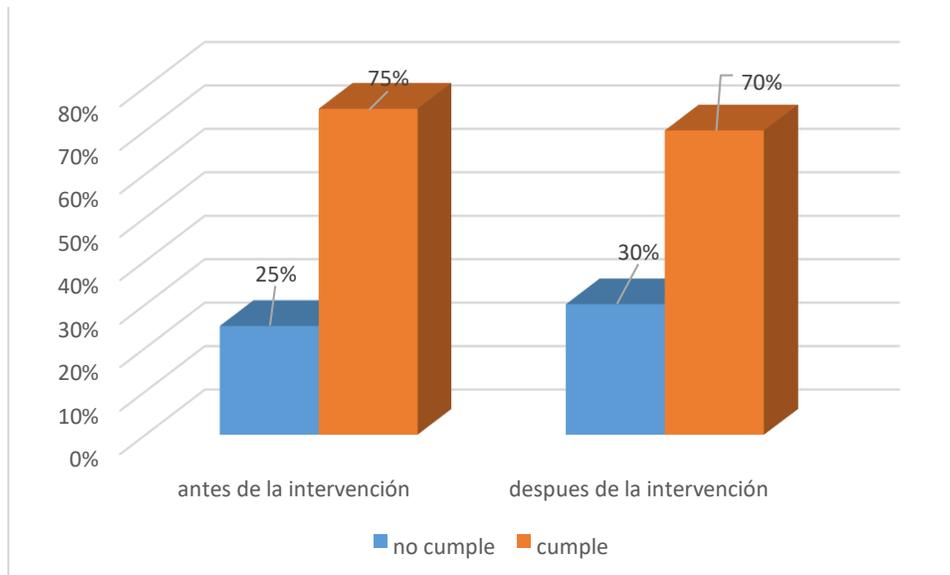
FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

En la tabla y grafica 13 se muestra el resultado comparativo para se ha completado la comprobación del instrumental anestésico y medicación anestésica, se observa que inicialmente en no cumple se obtuvo un 25.0% después de la intervención se incrementó a 30.0%, inversamente cumple se decremento de 75.0% a 70.0%.

Tabla 13 Se ha completado la comprobación del instrumental anestésico y medicación anestésica

	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	frecuencia	%	frecuencia	%
No cumple	10	25.0	12	30.0
Cumple	30	75.0	28	70.0
Total	40	100	40	100

Grafica 13. Se ha completado la comprobación del instrumental anestésico y medicación anestésica



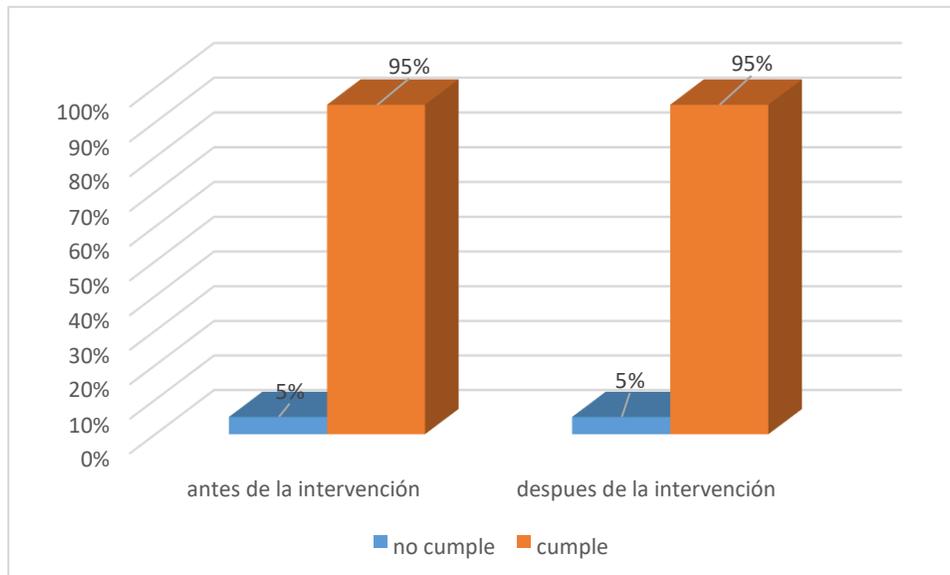
FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

En la tabla y grafica 14 se muestra el resultado comparativo sobre la colocación del oxímetro y que este correctamente funcionando, se encontró que inicialmente en el no cumplimiento se obtuvo un 5.0% después de la intervención se mantuvo el mismo porcentaje. En el cumplimiento se obtuvo el mismo porcentaje de 95.0% antes y después de la intervención.

Tabla 14. Se ha colocado el oxímetro y funciona

	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	frecuencia	%	frecuencia	%
No cumple	2	5.0	2	5.0
Cumple	38	95.0	38	95.0
Total	40	100	40	100

Grafica 14. Se ha colocado el oxímetro y funciona



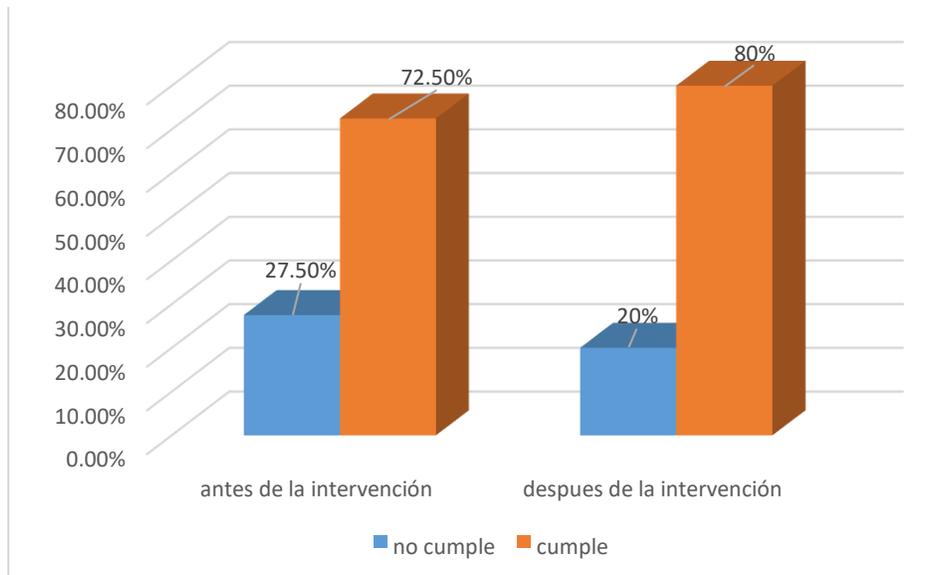
FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

En la tabla y grafica 15 se muestra el resultado comparativo para ¿Averigua si el paciente tiene alergias conocidas?, se observa que inicialmente el no cumple se obtuvo un 27.5%, después de la intervención se decremento a 20.0%. Inversamente el cumplimiento se incrementó de 72.5% a 80.0%.

Tabla 15. ¿Averigua si el paciente tiene alergias conocidas?

	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	frecuencia	%	frecuencia	%
No cumple	11	27.5	8	20.0
Cumple	29	72.5	32	80.0
Total	40	100	40	100

Tabla 15. Averigua si el paciente tiene alergias conocidas



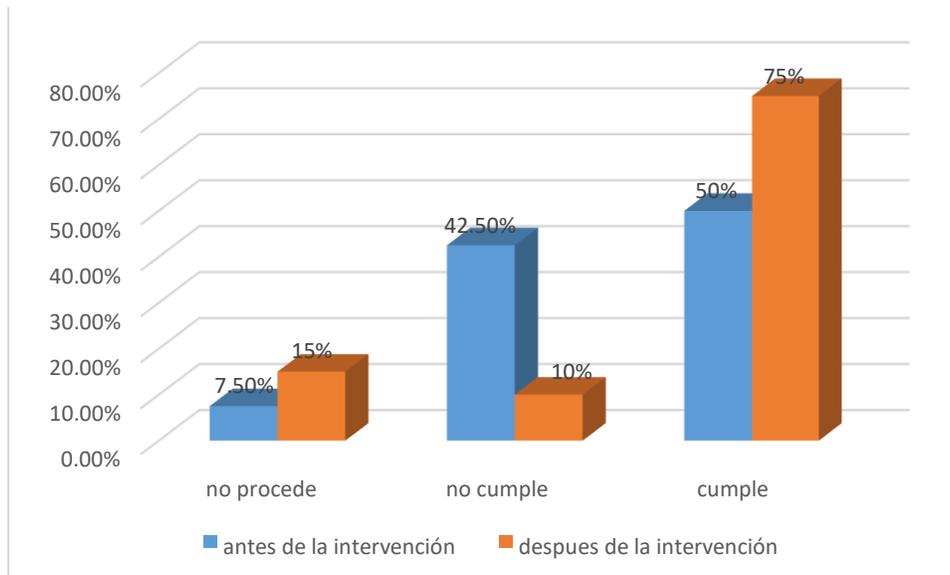
FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

La tabla y grafica 16 muestra el resultado comparativo para ¿Vía aérea difícil/riesgo de aspiración? verifica si hay equipo y material disponible. Se encontró que antes de la intervención existía un 42.5% del no cumplimiento, después de la intervención bajo a un 10.0%; inversamente en el cumplimiento de 50.0% paso a 75.0%

Tabla 16. ¿Vía aérea difícil/riesgo de aspiración? verifica si hay equipo y material disponible

	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	frecuencia	%	frecuencia	%
No procede	3	7.5	6	15.0
No cumple	17	42.5	4	10.0
Cumple	20	50.0	30	75.0
Total	40	100	40	100

Tabla 16. ¿Vía aérea difícil/riesgo de aspiración? verifica si hay equipo y material disponible



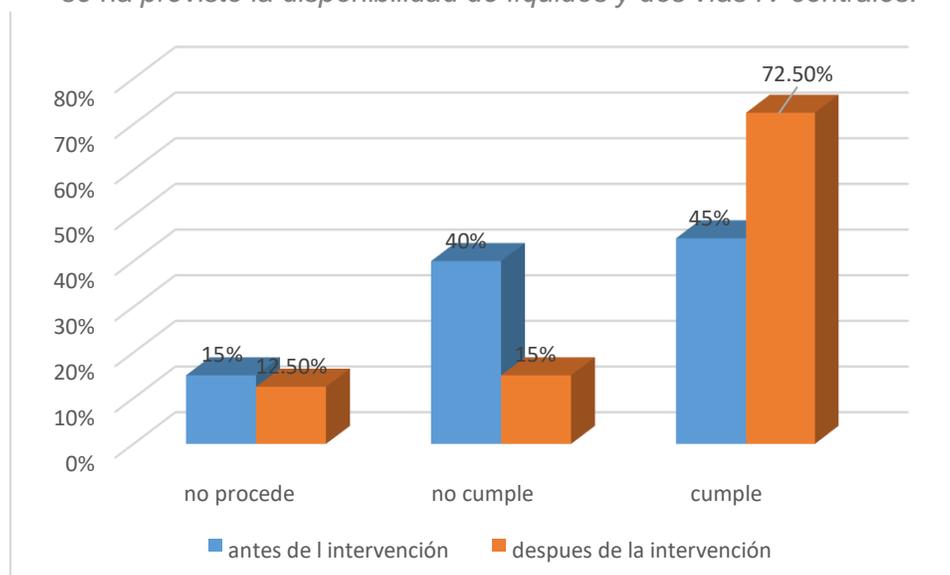
FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

En la tabla y grafica 17 se muestra el resultado comparativo para ¿Paciente con riesgo de hemorragia mayor a 500 ml. (7ml/kg en niños)? Si y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV centrales. Antes de la intervención se encontró un 40.0% del no cumplimiento, decrementando después de la intervención a un 15%. En el cumplimiento, se encontró un incremento de un 45.0% a l 72.5%.

Tabla 17. ¿Paciente con riesgo de hemorragia mayor a 500 ml. (7ml/kg en niños)? Si y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV centrales.

	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	frecuencia	%	frecuencia	%
No procede	6	15.0	5	12.5
No cumple	16	40.0	6	15.0
Cumple	18	45.0	29	72.5
Total	40	100	40	100

Grafica 17. ¿Paciente con riesgo de hemorragia mayor a 500 ml. (7ml/kg en niños)? Si y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV centrales.



FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

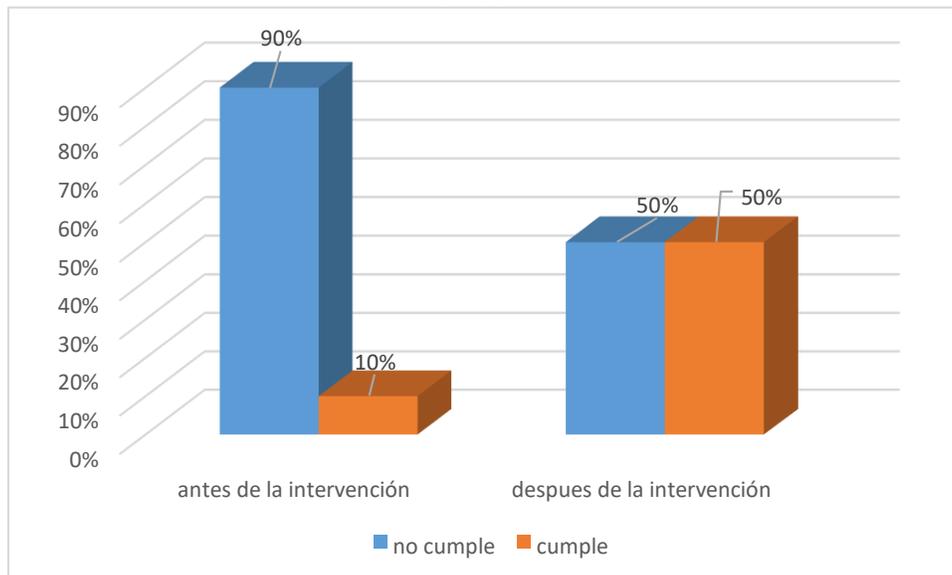
PAUSA QUIRÚRGICA (Antes de la incisión cutánea)

En la tabla y grafica 18 se muestra el resultado comparativo para ¿Confirma que todos los miembros se hayan presentado por su nombre y función?, se observa que inicialmente en no cumple se obtuvo un 90.0% después de la intervención se decremento a 50.0%. Inversamente, el cumplimiento sobre la confirma que todos los miembros se hayan presentado por su nombre y función, se incrementó de un 10% a 50.0%.

Tabla 18. ¿Confirma que todos los miembros se hayan presentado por su nombre y función?

	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	frecuencia	%	frecuencia	%
No cumple	36	90.0	20	50.0
Cumple	4	10.0	20	50.0
Total	40	100	40	100

Gráfica 18. ¿Confirma que todos los miembros se hayan presentado por su nombre y función?



FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

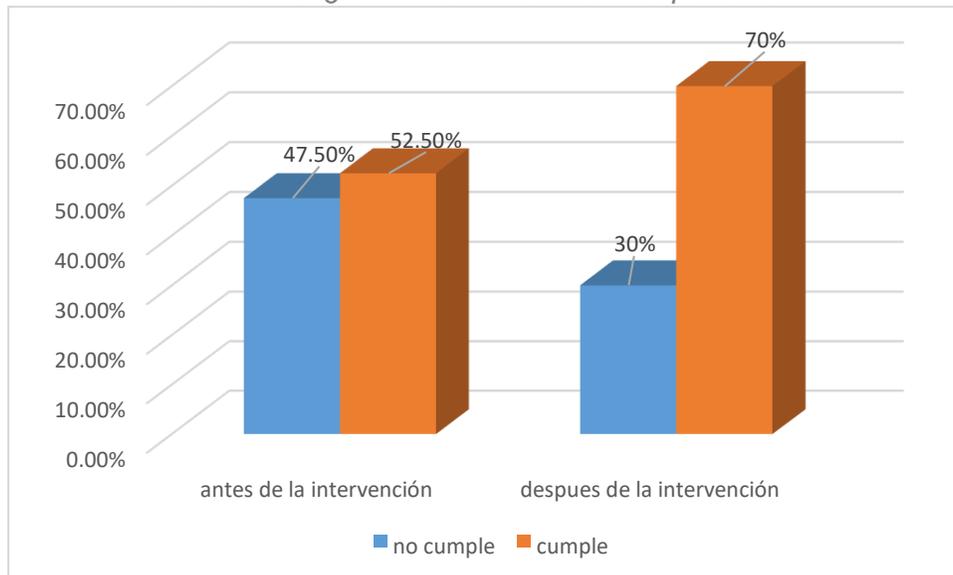
En la tabla y grafica

19 se muestra el resultado comparativo sobre confirma la identidad del paciente, se observa que inicialmente en no cumple se obtuvo un 47.5% después de la intervención se decremento a 30.0%. Inversamente el cumplimiento se incrementó de 52.5% a 70%.

Tabla 19. ¿Confirma la identidad del paciente?

	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	frecuencia	%	frecuencia	%
No cumple	19	47.5	12	30.0
Cumple	21	52.5	28	70.0
Total	40	100	40	100

Grafica 19. ¿Confirma la identidad del paciente?



FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

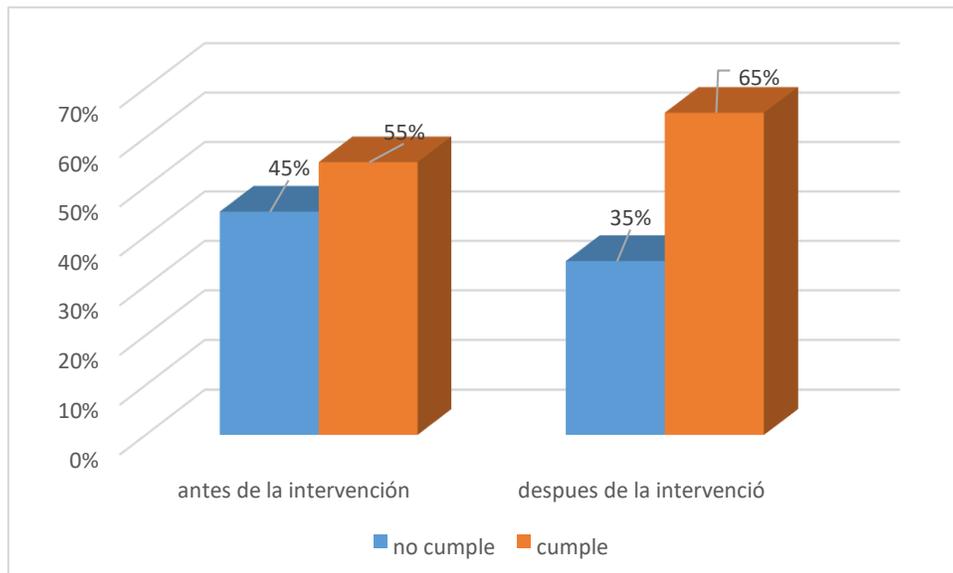
En la tabla y grafica se muestra el resultado comparativo

En la tabla y grafica 20 se muestra el resultado comparativo sobre confirma el procedimiento, se observa que inicialmente en no cumple se obtuvo un 45.0% después de la intervención se decremento a 35.0%. Inversamente el cumplimiento se incremento de 55.0% a 65.0%.

Tabla 20. ¿Confirma el procedimiento?

	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	frecuencia	%	frecuencia	%
No cumple	18	45.0	14	35.0
Cumple	22	55.0	26	65.0
Total	40	100	40	100

Grafica 20. ¿Confirma el procedimiento?



FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

21

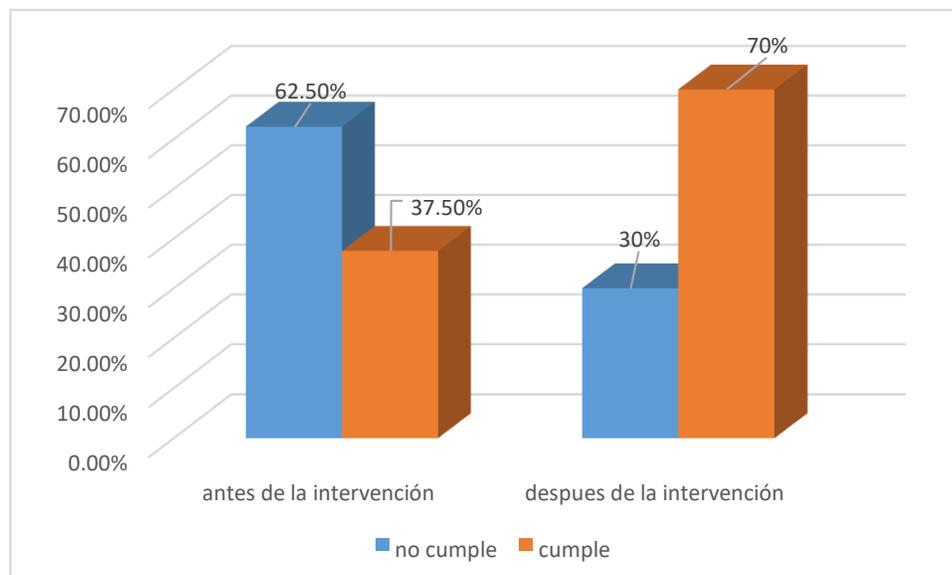
sobre la confirmación

del sitio de la incisión, se observa que inicialmente en no cumple se obtuvo un 62.5% después de la intervención se decremento a 30.0% inversamente el cumplimiento se incrementó de 37.5% a 70.0%.

Tabla 21. ¿Confirma el sitio de la incisión?

	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	frecuencia	%	frecuencia	%
No cumple	25	62.5	12	30.0
Cumple	15	37.5	28	70.0
Total	40	100	40	100

Grafica 21. ¿Confirma el sitio de la incisión?



En la tabla y grafica se muestra el resultado comparativo

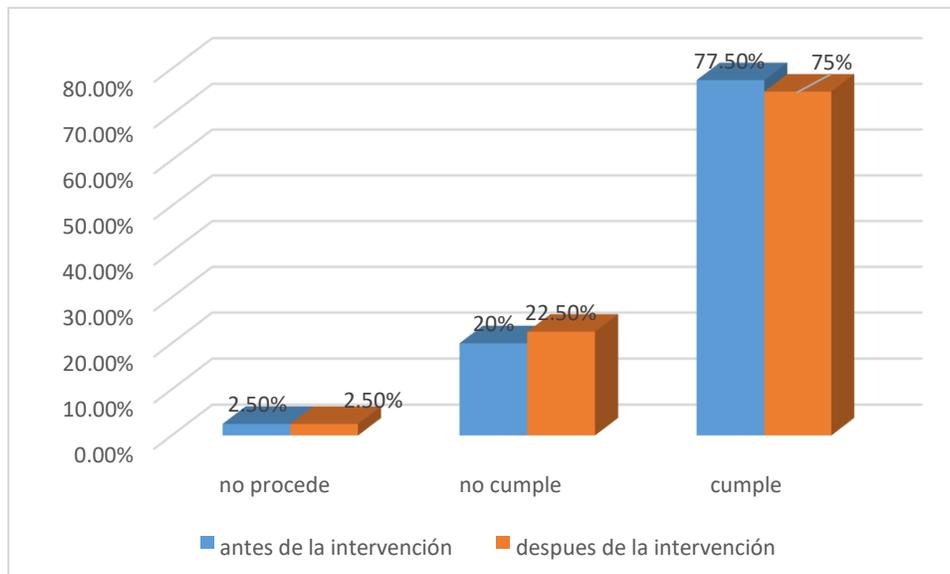
FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

En la tabla y grafica 22 se muestra el resultado comparativo sobre Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos, se observa que no procedió antes de la intervención en el 2.5% y después de la intervención se mantuvo el mismo porcentaje, inicialmente en no cumple se obtuvo un 20.0% después de la intervención se incrementó a 22.5%. Inversamente el cumplimiento se decremento de 77.5% a 75%.

Tabla 22. ¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?

	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	frecuencia	%	frecuencia	%
No procede	1	2.5	1	2.5
No cumple	8	20.0	9	22.5
Cumple	31	77.5	30	75.0
Total	40	100	40	100

Grafica 22. ¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?



FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

23

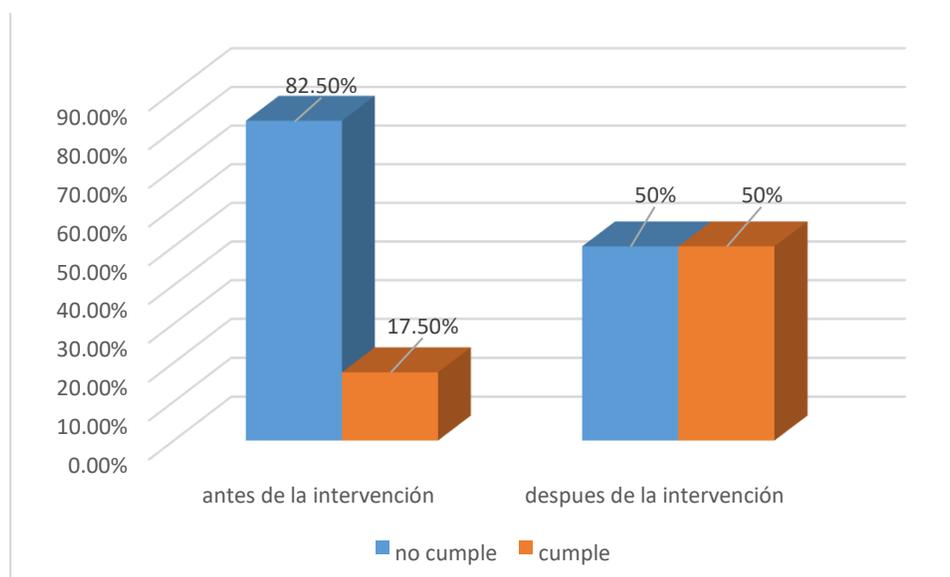
sobre el cirujano revisa

los pasos críticos o no sistematizados, se observa que inicialmente en no cumple se obtuvo un 82.5% después de la intervención se decremento a 50.0% inversamente el cumplimiento se incrementó de 17.5% a 50.0%.

Tabla 23. El cirujano revisa: los pasos críticos o no sistematizados

	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	frecuencia	%	frecuencia	%
No cumple	33	82.5	20	50.0
Cumple	7	17.5	20	50.0
Total	40	100	40	100

Grafica 23. El cirujano revisa: los pasos críticos o no sistematizados



En la tabla y grafica se muestra el resultado comparativo

FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

En la tabla y grafica
24

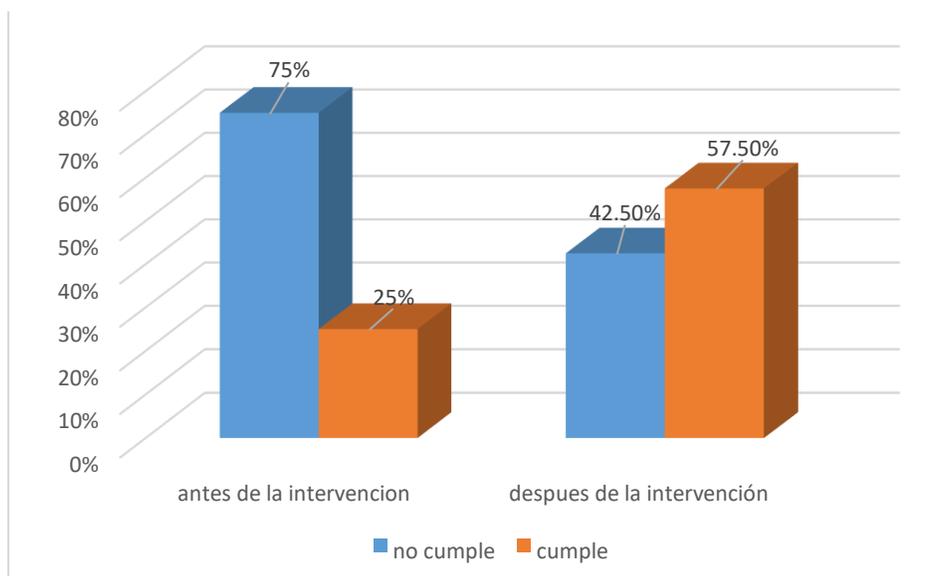
se muestra el resultado comparativo sobre
el cirujano revisa:

la duración de la operación, se observa que inicialmente en no cumple se obtuvo un 75.0% después de la intervención se decremento a 42.5% inversamente el cumplimiento se incrementó de 25.0% a 57.5%.

Tabla 24. El cirujano revisa: la duración de la operación

	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	frecuencia	%	frecuencia	%
No cumple	30	75.0	17	42.5
Cumple	10	25.0	23	57.5
Total	40	100	40	100

Grafica 24. El cirujano revisa: la duración de la operación



En la tabla y grafica se muestra el resultado comparativo

FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

25

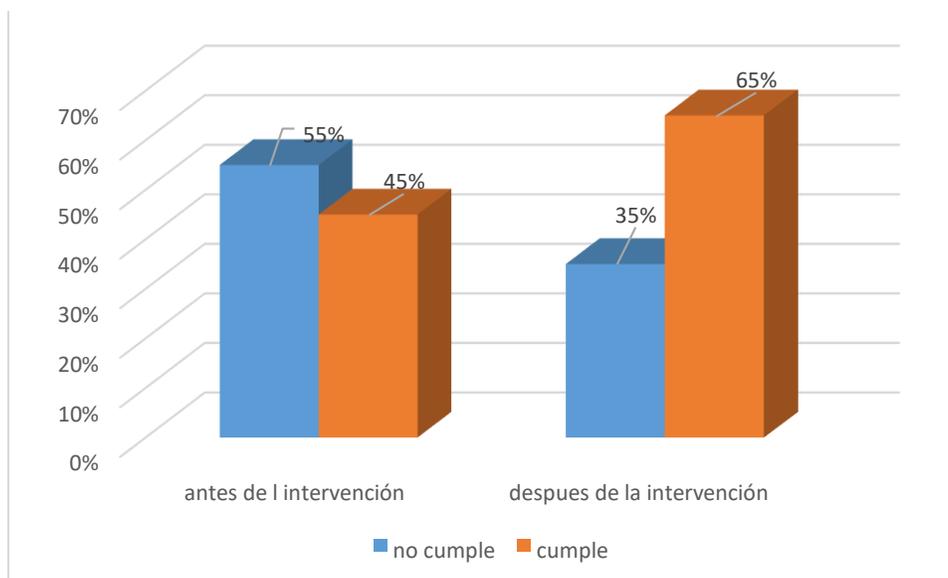
sobre el cirujano revisa

la pérdida de sangre prevista, se observa que inicialmente en no cumple se obtuvo un 55.0% después de la intervención se decremento a 35.0% inversamente el cumplimiento se incrementó de 45.0% a 65.0%.

Tabla 25. El cirujano revisa: la pérdida de sangre prevista

	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	frecuencia	%	frecuencia	%
No cumple	22	55.0	14	35.0
Cumple	18	45.0	26	65.0
Total	40	100	40	100

Grafica 25. El cirujano revisa: la pérdida de sangre prevista



En la tabla y grafica

FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

26

se muestra el resultado comparativo sobre el anesthesiólogo

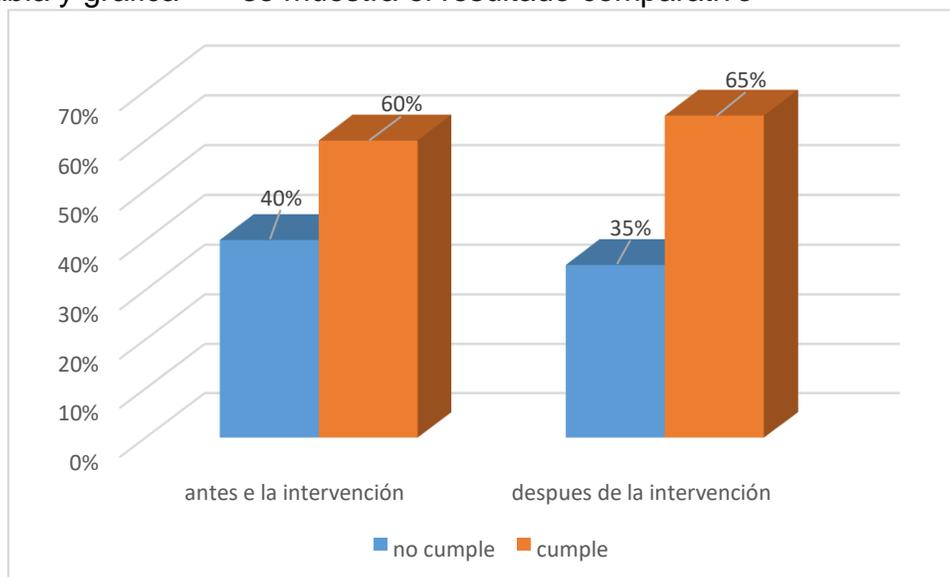
revisa: algún problema específico, se observa que inicialmente en no cumple se obtuvo un 40.0% después de la intervención se decremento a 35.0% inversamente el cumplimiento se incrementó de 60.0% a 65.0%.

Tabla 26. El anesthesiólogo revisa: Algún problema específico

	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	frecuencia	%	frecuencia	%
No cumple	16	40.0	14	35.0
Cumple	24	60.0	26	65.0
Total	40	100	40	100

Grafica 26. El anesthesiólogo revisa: Algún problema específico

En la tabla y grafica se muestra el resultado comparativo



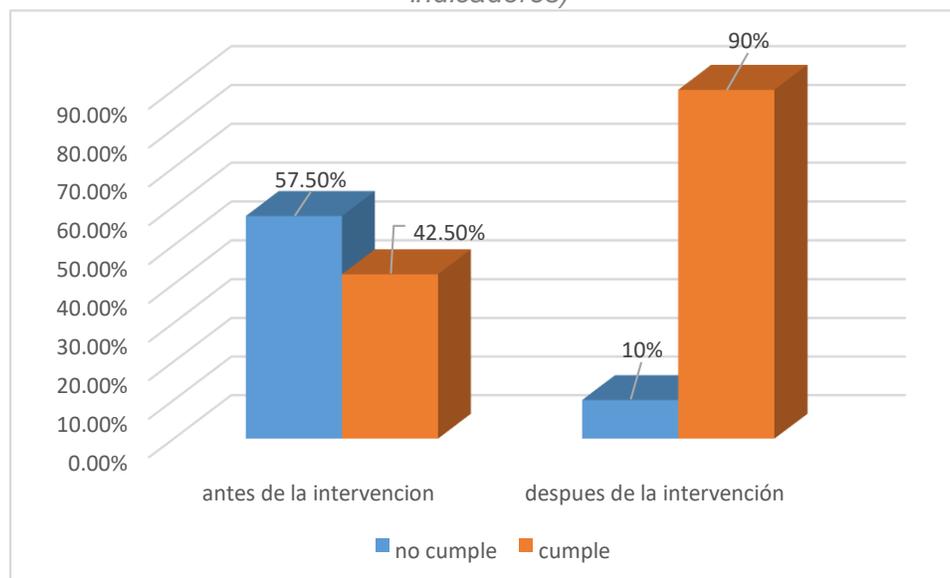
FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

En la tabla y grafica 27 se muestra el resultado comparativo sobre Equipo de enfermería: ha confirmado la esterilidad (con resultado de sus indicadores), se observa que inicialmente en no cumple se obtuvo un 57.5% después de la intervención se decremento a 10.0% inversamente el cumplimiento se incrementó de 42.5% a 90.0%.

Tabla 27. Equipo de enfermería: ha confirmado la esterilidad (con resultado de sus indicadores)

	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	frecuencia	%	frecuencia	%
No cumple	23	57.5	4	10.0
Cumple	17	42.5	36	90.0
Total	40	100	40	100

Grafica 27. Equipo de enfermería: ha confirmado la esterilidad (con resultado de sus indicadores)



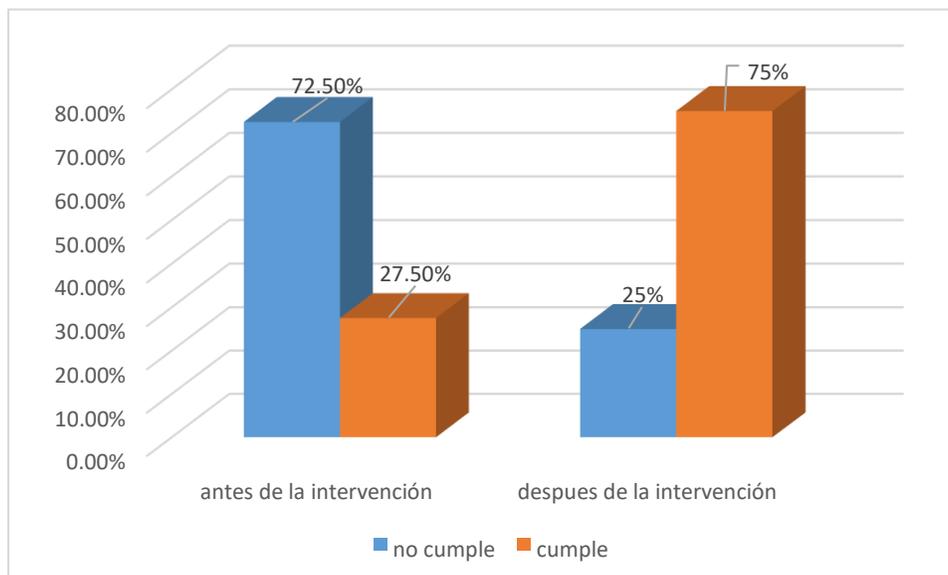
FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

En la tabla y grafica 28 se muestra el resultado comparativo sobre el equipo de enfermería: verifica si existe duda o problemas relacionados con el instrumental y los equipos, se observa que inicialmente en no cumple se obtuvo un 72.5% después de la intervención se decremento a 25.0% inversamente el cumplimiento se incrementó de 27.5% a 75.0%.

Tabla 28. Equipo de enfermería: verifica si existe duda o problemas relacionados con el instrumental y los equipos.

	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	frecuencia	%	frecuencia	%
No cumple	29	72.5	10	25.0
Cumple	11	27.5	30	75.0
Total	40	100	40	100

Grafica 28. Equipo de enfermería: verifica si existe duda o problemas relacionados con el instrumental y los equipos.



FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

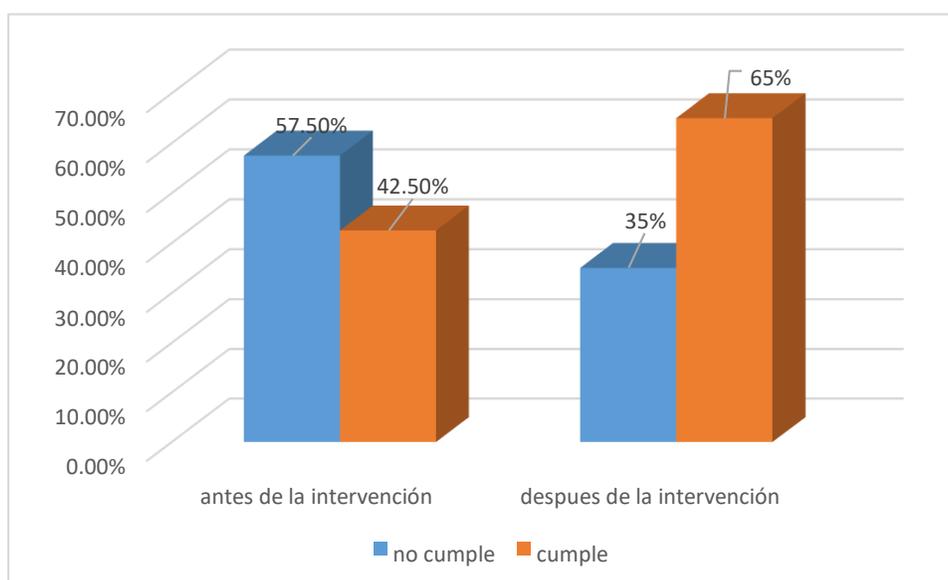
SALIDA QUIRURGICA (Antes de que el paciente salga del quirófano)

En la tabla y grafica 29 se muestra el resultado comparativo sobre el equipo confirma verbalmente: ¿nombre del procedimiento realizado?, se observa que inicialmente en no cumple se obtuvo un 57.5% después de la intervención se decremento a 35.0% inversamente el cumplimiento se incrementó de 42.5% a 65.0%.

Tabla 29. El equipo confirma verbalmente: ¿nombre del procedimiento realizado?

	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	frecuencia	%	frecuencia	%
No cumple	23	57.5	14	35.0
Cumple	17	42.5	26	65.0
Total	40	100	40	100

Tabla 29. El equipo confirma verbalmente: ¿nombre del procedimiento realizado?



FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

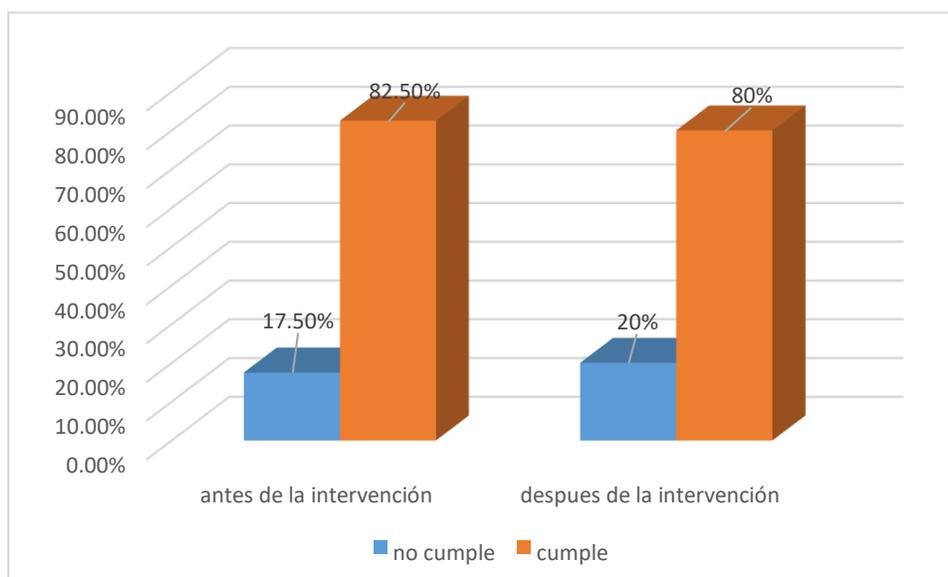
En la tabla y grafica

30 se muestra el resultado comparativo sobre el equipo confirma verbalmente: ¿Recuento con instrumentos, gases y agujas?, se observa que inicialmente en no cumple se obtuvo un 17.5% después de la intervención se incrementó a 20.0% inversamente el cumplimiento se decremento de 82.5% a 80.0%.

Tabla 30. El equipo confirma verbalmente: ¿Recuento con instrumentos, gases y agujas?

	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	frecuencia	%	frecuencia	%
No cumple	7	17.5	8	20.0
Cumple	33	82.5	32	80.0
Total	40	100	40	100

Grafica 30. El equipo confirma verbalmente: ¿Recuento con instrumentos, gases y agujas?



En la tabla y grafica

FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

31 se muestra el resultado comparativo sobre el equipo confirma verbalmente: ¿Procede con el etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)?, se observa que inicialmente en no cumple se obtuvo un 62.5% después de la intervención se decrementó a 55.0% inversamente el cumplimiento se incrementó de 37.5% a 45.0%.

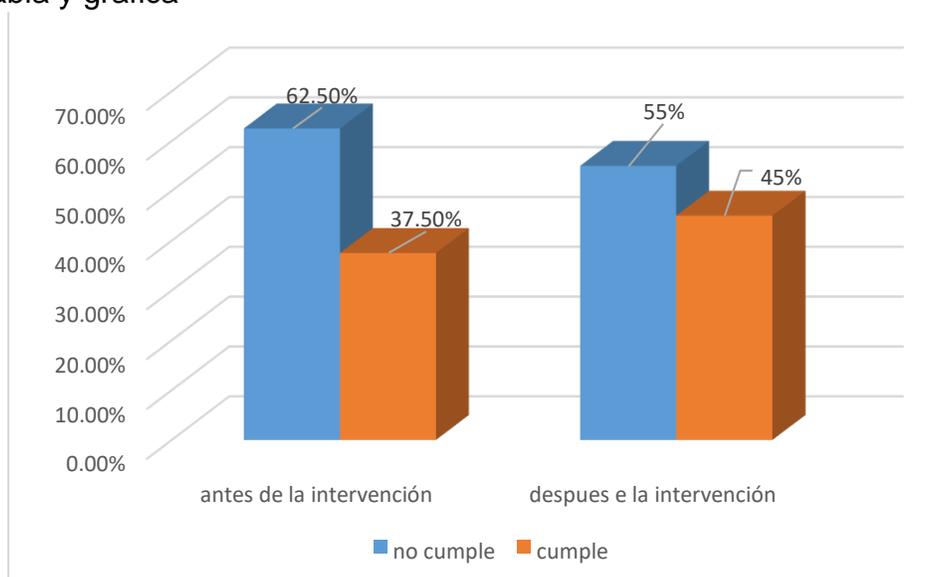
Tabla 31. El equipo confirma verbalmente: ¿Procede con el etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)?

	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	frecuencia	%	frecuencia	%
No cumple	25	62.5	22	55.0
Cumple	15	37.5	18	45.0
Total	40	100	40	100

Grafica 31. El equipo confirma verbalmente: ¿Procede con el etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)?

FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

En la tabla y grafica



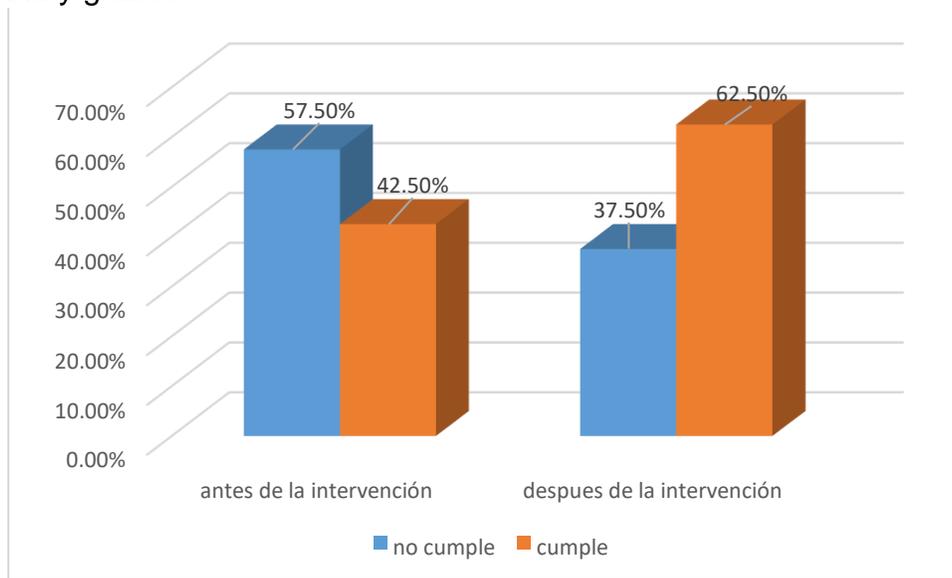
32 se muestra el resultado comparativo sobre el confirma verbalmente: ¿Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos?, se observa que inicialmente en no cumple se obtuvo un 57.5% después de la intervención se decrementó a 37.5% inversamente el cumplimiento se incrementó de 42.5% a 62.5%.

Tabla 32. El equipo confirma verbalmente: ¿Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos?

	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	frecuencia	%	frecuencia	%
No cumple	23	57.5	15	37.5
Cumple	17	42.5	25	62.5
Total	40	100	40	100

Grafica 32. El equipo confirma verbalmente: ¿Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos?

En la tabla y grafica



FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

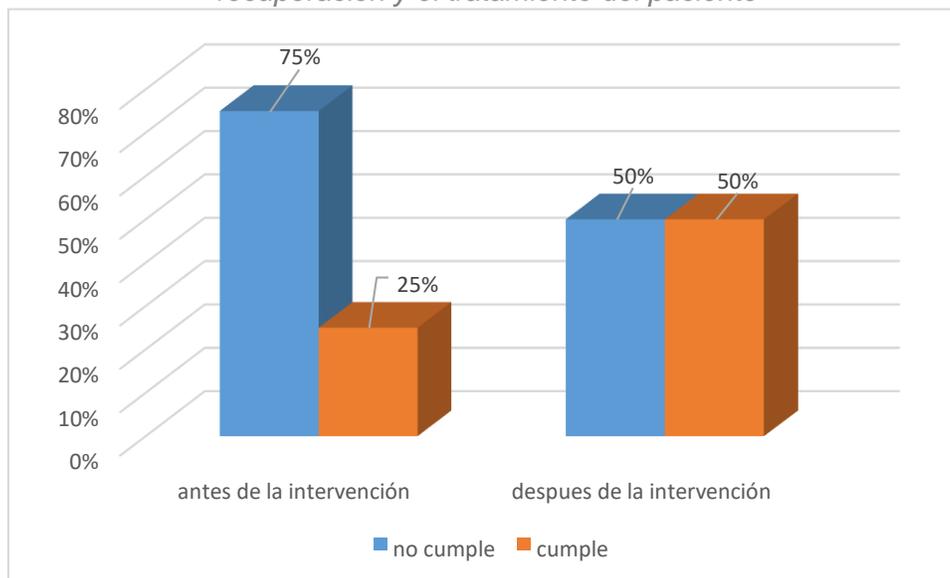
FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

En la tabla y grafica 33 se muestra el resultado comparativo sobre el cirujano, anesthesiologo y el enfermero: revisaron aspectos criticos de la recuperacion y el tratamiento del paciente, se observa que inicialmente en no cumple se obtuvo un 75.0% despues de la intervencion se decremento a 50.0% inversamente el cumplimiento se incremento de 25.0% a 50.0%.

Tabla 33. El cirujano, anesthesiologo y el enfermero: revisaron aspectos criticos de la recuperacion y el tratamiento del paciente

	Antes de la intervencion		Despues de la intervencion	
	frecuencia	%	frecuencia	%
No cumple	30	75.0	20	50.0
Cumple	10	25.0	20	50.0
Total	40	100	40	100

Grafica 33. El cirujano, anesthesiologo y el enfermero: revisaron aspectos criticos de la recuperacion y el tratamiento del paciente



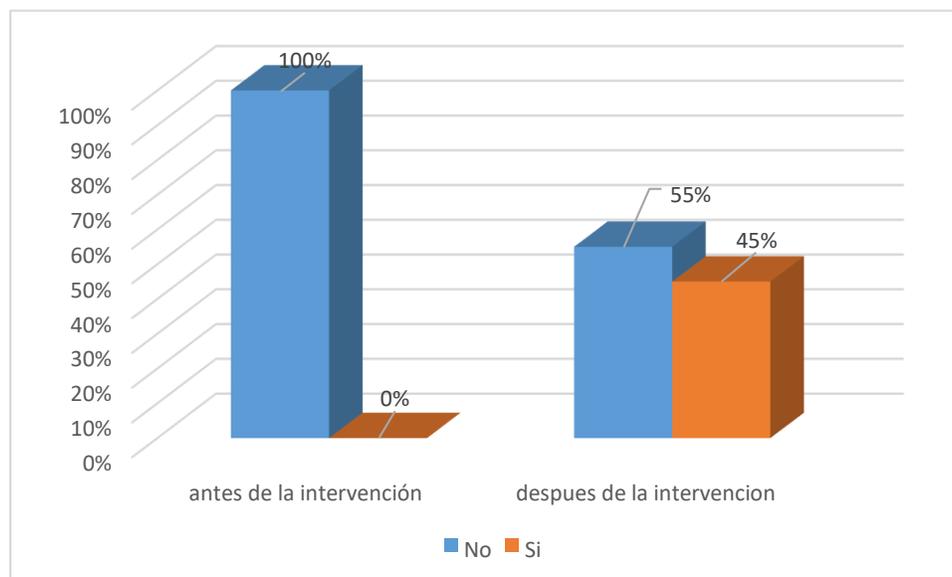
FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

En la tabla y grafica 34 se muestra el resultado comparativo sobre ¿La lista de verificación de cirugía segura fue llenada en tiempo y forma?, se observa que inicialmente en no cumple se obtuvo un 100.0% después de la intervención se decrementó a 55.0% inversamente el cumplimiento se incrementó de 0% a 45.0%.

Tabla 34. ¿La lista de verificación de cirugía segura fue llenada en tiempo y forma?

	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	frecuencia	%	frecuencia	%
No	40	100.0	22	55.0
Si	0	0	18	45.0
Total	40	100	40	100

Grafica 34. ¿La lista de verificación de cirugía segura fue llenada en tiempo y forma?



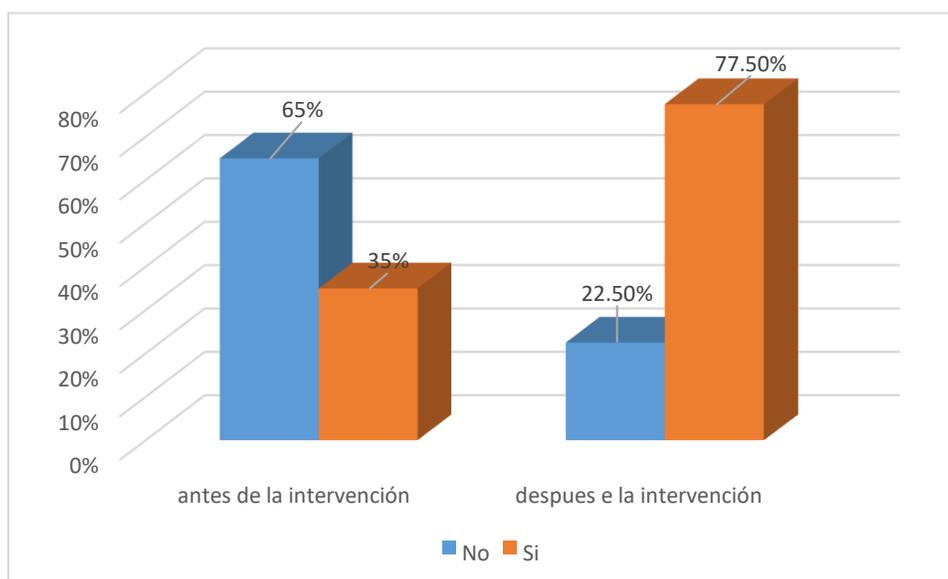
FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

En la tabla y grafica 35 se muestra el resultado comparativo sobre ¿La lista de verificación de cirugía segura fue firmada por cada uno de los participantes en el acto quirúrgico?, se observa que inicialmente en no cumple se obtuvo un 65.0% después de la intervención se decrementó a 22.5% inversamente el cumplimiento se incrementó de 35.0% a 77.5%.

Tabla 35. ¿La lista de verificación de cirugía segura fue firmada por cada uno de los participantes en el acto quirúrgico?

	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	frecuencia	%	frecuencia	%
No	26	65.0	9	22.5
Si	14	35.0	31	77.5
Total	40	100	40	100

Grafica 35. ¿La lista de verificación de cirugía segura fue firmada por cada uno de los participantes en el acto quirúrgico?



FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

4.1.3 Cumplimiento de la Lista de Verificación de cirugía segura en las cirugías realizadas en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco.

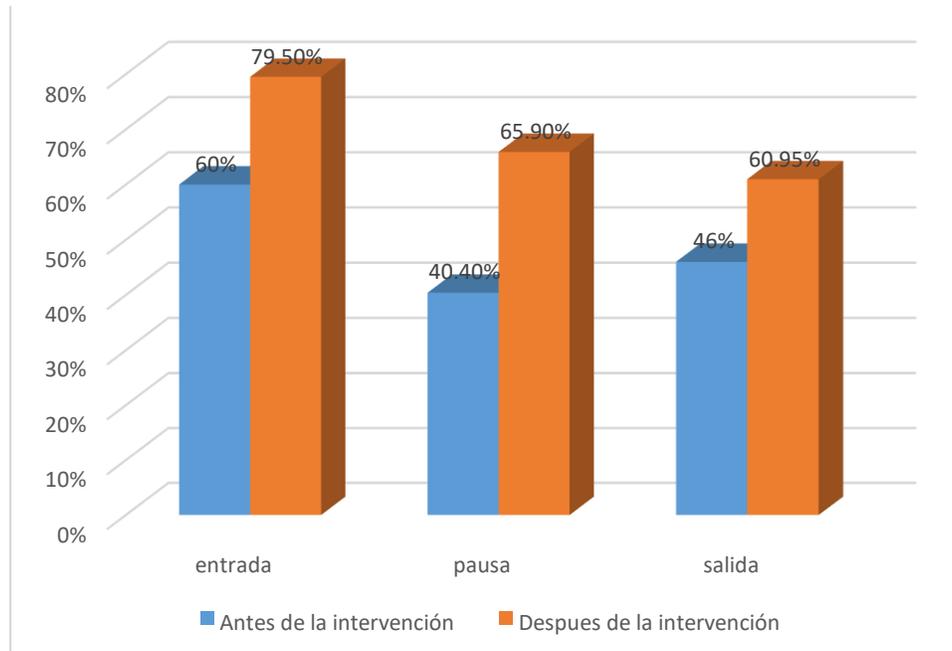
En la tabla y grafica 36 se muestra el resultado obtenido del índice de eficiencia, en la tabla se describe la fórmula utilizada en cada uno de los momentos, cabe destacar que se observó que el momento que tiene un menor cumplimiento es la pausa quirúrgica ya que antes de la intervención obtuvieron solo un 40.4% de I.E.

Tabla 36. Fórmula para obtener el I.E y determinar el Cumplimiento de los tres momentos de la lista de verificación de cirugía segura

Fórmula utilizada para obtener el I.E	
Entrada quirúrgica:	
Antes de la intervención	$\frac{240 \times 100}{400} = 60 \%$
Después de la intervención	$\frac{318 \times 100}{400} = 79.5\%$
Pausa quirúrgica:	
Antes de la intervención	$\frac{178 \times 100}{440} = 40.4\%$
Después de la intervención	$\frac{290 \times 100}{440} = 65.9\%$
Pausa salida :	
Antes de la intervención	$\frac{92 \times 100}{200} = 46 \%$
Después de la intervención	$\frac{121 \times 100}{200} = 60.5\%$

FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

Grafica 36. Cumplimiento de los tres momentos de la lista de verificación de cirugía segura



FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

En la tabla y grafica 37 se muestra el resultado del Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal profesional del área quirúrgica, en la tabla se realiza la descripción de la fórmula utilizada para determinar el cumplimiento de los participantes del equipo quirúrgico en el cual se observó que el grupo que tienen menor cumplimiento son los cirujanos ya que antes de la intervención tuvieron el I.E. más bajo con un 42.5%

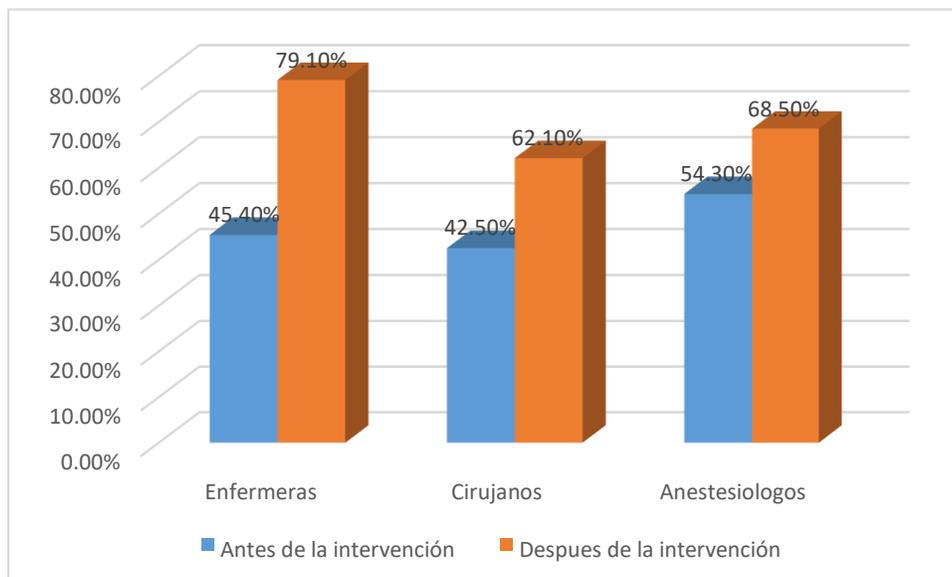
Tabla 37. Fórmula para obtener el I.E y determinar el Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal profesional del área quirúrgica

Fórmula utilizada para obtener el I.E	
Enfermeras:	
Antes de la intervención	$309 \times 100 = 45.4\%$ <hr style="width: 10%; margin: 0 auto;"/> 600
Después de la intervención	$475 \times 100 = 79.1\%$ <hr style="width: 10%; margin: 0 auto;"/> 600
Cirujanos:	
Antes de la intervención	$221 \times 100 = 42.5\%$ <hr style="width: 10%; margin: 0 auto;"/> 520
Después de la intervención	$330 \times 100 = 62.1\%$ <hr style="width: 10%; margin: 0 auto;"/> 520
Anestesiólogos :	
Antes de la intervención	$348 \times 100 = 54.3 \%$ <hr style="width: 10%; margin: 0 auto;"/> 640
Después de la intervención	$439 \times 100 = 68.5\%$

640

FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

Grafica 37. Cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal profesional del área quirúrgica



FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

En la tabla y grafica 38 se muestra el resultado del Cumplimiento global de la lista de verificación de cirugía segura por el personal profesional del área quirúrgica se observa que antes de la intervención tenían un índice de eficiencia global de 36.67% por lo que se encontró en no cumplimiento, después de la intervención incremento a 78.1% y se alcanzó un cumplimiento parcial.

Tabla 38 Formula para obtener el I.E y determinar el Cumplimiento global de la lista de verificación de cirugía segura por el personal profesional del área quirúrgica

Índice de Eficiencia	
Antes de la intervención:	= 36.67 %
Puntos obtenidos de total de casos observados 422 x 100	
<hr/>	
Puntos esperados del total de casos observados 1120	
Nivel de cumplimiento: No cumplimiento	

Nivel de cumplimiento después de la intervención:

Puntos obtenidos de total de casos observados 875 x 100

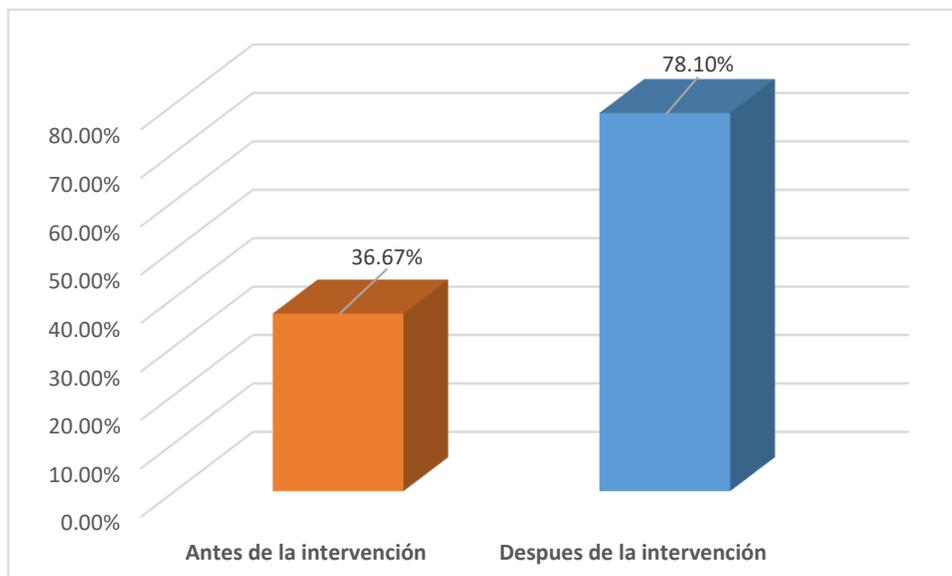
Puntos esperados del total de casos observados 1120

Nivel de cumplimiento: Parcial

= 78.1 %

FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

Grafica 38. Cumplimiento global de la lista de verificación de cirugía segura por el personal profesional del área quirúrgica



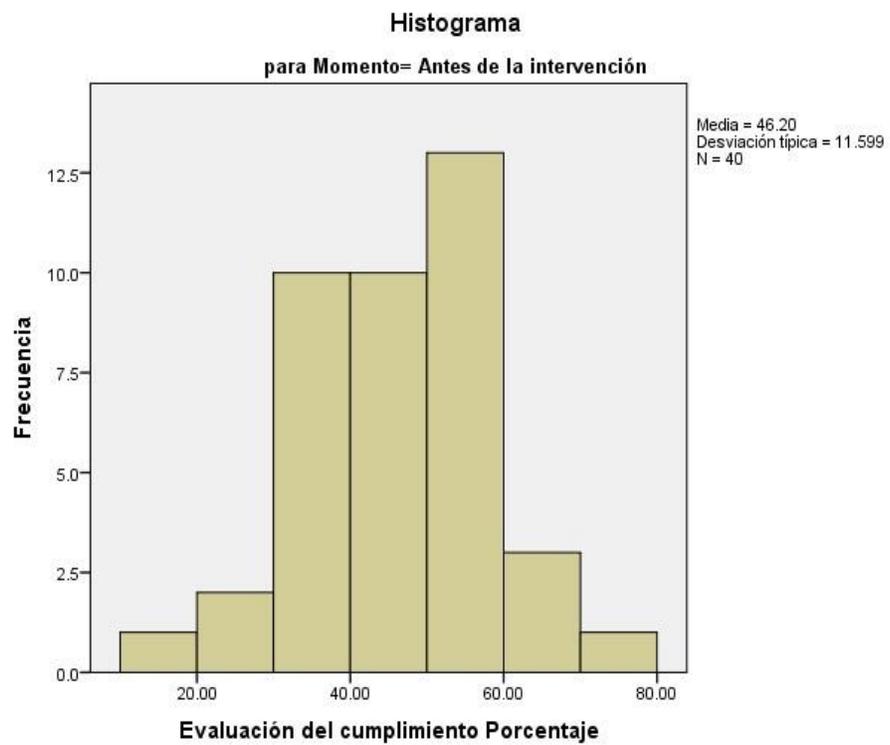
FUENTE: Cedula de cotejo del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura aplicada en el área quirúrgica del ISSSTE Acapulco en 2017.

El resultado de la prueba de normalidad que se muestra en la tabla 32, se encontró un p-valor de 0.659 de la prueba de Shapiro Wilk, esto indica que no se rechaza la prueba de normalidad al nivel de significancia del 0.05. El p-valor encontrado después de la intervención fue de 0.000, esto indica que se rechaza la prueba de normalidad con un nivel de significancia del 0.05. Por tanto, las pruebas a utilizar son pruebas no paramétricas, tal como se muestra en la tabla 39, gráficas 39 y 40.

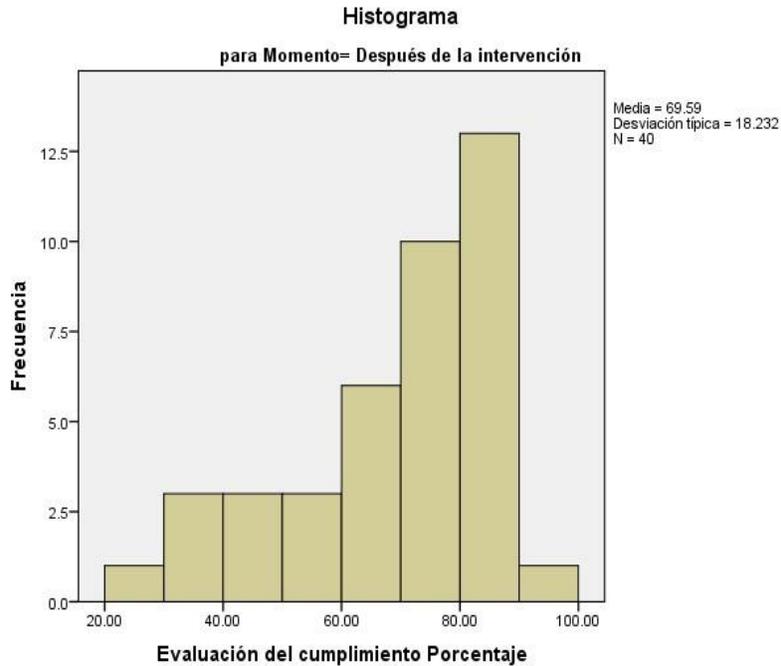
Tabla 39. Pruebas de normalidad

Pruebas de normalidad				
	Momento	Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.
Evaluación del cumplimiento Porcentaje	Antes de la intervención	0.979	40	0.659
	Después de la intervención	0.871	40	0
*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.				
a. Corrección de la significación de Lilliefors				

Grafica 39. Histograma antes de la intervención



Grafica 40. Histograma después de la intervención



En la tabla 41 se observa que antes de la intervención, la mediana de los porcentajes fue del 46.43% del cumplimiento de la lista de verificaciones. Después de la intervención incrementó al 75.00%

Tabla 41. Estadísticos descriptivos

Momento			Mediana	Mínimo	Máximo	Media
Antes de la intervención	Evaluación del cumplimiento	Porcentaje	46.43	19.23	78.57	46.20
	Después de la intervención	Evaluación del cumplimiento	75.00	20.00	92.86	69.59

Con respecto a los rangos de la prueba de Mann Whitney se encontró un mayor rango promedio de los porcentajes del cumplimiento después de la intervención que antes de intervenir sobre la lista de verificación de cirugía segura, así se observa en la tabla 42.

Tabla 42. Rangos de la prueba de Mann-Whitney

Rangos				
Evaluación del cumplimiento Porcentaje	Momento	N	Rango promedio	Suma de rangos
	Antes de la intervención	40	26.83	1073.00
	Después de la intervención	40	54.18	2167.00
	Total	80		

La tabla 43 lo cual muestra el resultado de la prueba de Mann-Whitney, se encontró un p-valor de 0.000, lo cual indica que los porcentajes de la lista de cumplimiento de cirugía segura difieren entre antes y después de la intervención educativa. *Tabla 43. Prueba de Mann-Whitney y Wilcoxon*

Estadísticos de contraste	
	Evaluación del cumplimiento Porcentaje
U de Mann-Whitney	253.000
W de Wilcoxon	1073.000
Z	-5.272
Sig. asintót. (bilateral)	.000
a. Variable de agrupación: Momento	

CAPITULO V

5.1 CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La conclusión del estudio fue la siguiente: Con respecto a los objetivos específicos se encontró que antes de la intervención educativa el porcentaje del cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura fue del 46.43%, con respecto a la mediana de los porcentajes. Después de la intervención se encontró un incremento del porcentaje del cumplimiento, incrementando hasta un 75.00%, incrementando un 28.57% el cumplimiento.

Para la pregunta de investigación y la hipótesis planteada se encontró que la intervención educativa en el cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura si tuvo impacto. Por tanto, se ha alcanzado el objetivo propuesto, debido a que se determinó el Impacto de una intervención educativa en el cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el área Quirúrgica del I.S.S.S.T.E Acapulco 2017.

Se plantean las siguientes sugerencias con el objetivo de mejorar el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura, para garantizar cirugías libres de riesgo para el paciente quirúrgico que se interviene en el hospital ISSSTE Acapulco.

- * Realizar el llenado de la lista de verificación en tiempo y forma y no de forma rutinaria y mecánica solo por cumplir con el llenado.
- * Capacitar y actualizar continuamente al personal del área quirúrgica, resaltando la importancia de cumplir con los protocolos de seguridad establecidos en pacientes quirúrgicos.

- * Supervisión continúa con el objetivo de detectar desviaciones en el cumplimiento de la lista de verificación segura, para implementar estrategias de solución inmediatas.
- * Concientizar al personal de enfermería sobre el papel de liderazgo que debe asumir para el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura.

5.2 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Arenas, H. y Anaya, R. (2012). Errores en cirugía. Estrategias para mejorar la seguridad quirúrgica. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66276415>

Bach, K. y Becerra, M. (2014). Experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo cirugía segura. Hospital de ESSALUD Chiclayo Perú 2012. Recuperado de: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/424>

Barido E., De la torre, A. y Macías, E. (2012). Evolución de la cirugía: La meta es lograr procedimientos seguros. Recuperado de:

<http://www.revista.unam.mx/vol.13/num9/art92/art92.pdf>

Barrios, R., Litano, M. y Moisés, M. Y. (2016). Cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la especialidad de traumatología en un hospital nacional de Lima, 2017. Recuperado de:

<http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/437/Cumplimiento%20de%20la%20aplicaci%C3%B3n%20de%20la%20lista%20de%20verificaci%C3%B3n%20de%20cirug%C3%ADa%20segura%20en%20la%20especialidad%20de%20traumatolog%C3%ADa%20en%20un%20hospital%20nacional%20de%20Lima%2C%202017.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Cote L. (2012). Lista de verificación, protocolo universal, tiempo fuera ¿qué sigue? Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs111ak.pdf>

Díaz A. (2012). Verificación del cumplimiento de la lista de chequeo para minimización de eventos quirúrgicos adversos transoperatorios, para una cirugía más segura. Recuperado de:

https://scholar.google.com.co/citations?user=bE_WD8kAAAAJ&hl=es

González, M.T. (2012). Lista de verificación de seguridad de la cirugía un paso más hacia la seguridad del paciente. Recuperado de:

<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2473/GonzalezAceroM.pdf>

Instituto Mexicano del seguro Social. (2011). Guía de práctica clínica intervenciones preventivas para la seguridad del paciente quirúrgico, Recuperado de:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_676_13_IntervencionesparalaseguridadenelpacienteQx/676GER.pdf

Izquierdo, F. P. (2016). Nivel de cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura por el personal de centro quirúrgico del hospital nacional Dos de Mayo 2015. Recuperado de:

<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/5078>

López, E., Arroyo J, Y., Zamora A. A. y Montalvo A. (2016). La implementación de la lista de verificación para una cirugía segura y su impacto en la morbilidad. Recuperado de:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2016/cg161c.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2009). Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009. Recuperado de:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44233/1/9789243598598_spa.pdf

Ortega, C., Leija y Puntunet. (2014). Manual de Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. México: 3^{era} ed. Panamericana

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Rivero, D., Nolasco A., Puntunet M., y Cortes G. (2012). Nivel de cumplimiento y factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.

Recuperado de:

<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=39424>

Santamaría N. H., Garduño A. Dela rosa J. A., Santamaría M., Rueda J. P. y Herrera J. E. (2013). Aspectos legales del error en México. Recuperado de: [http://www.dgdiconamed.salud.gob.mx/ojs-](http://www.dgdiconamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/23/629)

[conamed/index.php/revconamed/article/view/23/629](http://www.dgdiconamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/23/629) Torres I., Villanueva M. E., Marroquín M. A., y Luna M. (2014). Nivel de apego del equipo quirúrgico al cumplimiento en la lista de verificación de cirugía segura “En un hospital general de zona”. Recuperado de:

http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2888/3/torres_gal.pdf

Trejo E. (2015). Evaluación de la aplicación de listado de verificación quirúrgica como estrategia de mejora en la cultura de seguridad. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/66868/1/66868.pdf>

Trujillo M. G., Culebro D.L., Domínguez S., Gómez O., Pérez J.M., Cruz I. R. y Canseco L. M. (2016). Evaluación del cumplimiento de la lista de verificación en el área quirúrgica del Hospital de Alta Especialidad de Chiapas. Recuperado de: <http://revistaremis.com/resumen.php?id=19>

Villareal J. Z. (2012). Errar es humano. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2016/od163k.pdf>

A N E X O S

a) Oficio de gestión de autorización de investigación

Acapulco, Guerrero a 29 de Noviembre del 2017

M.C.E Maricela Barragán González
Jefa de enfermería del Departamento de
Coordinación de Enseñanza e Investigación
Del Hospital IS.S.S.T.E Acapulco.

PRESENTE:

Por medio del presente me dirijo de manera respetuosa solicitando su autorización para que los alumnos:

L.E. Angélica Gabriela Mejía Manzanarez. Matricula: 06366098
L.E. Sonia Terrazas Salazar. Matricula: 13547093
L.E. Rosselhy Villanueva Salmerón. Matricula: 06366051

Quienes se encuentran cursando actualmente el cuarto cuatrimestre de la Especialidad de Enfermería Medico Quirúrgica, grupo 402, de la Facultad de Enfermería N.2 puedan aplicar al personal del área quirúrgica el instrumento del proyecto de su investigación sobre: **"Cumplimiento de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el área Quirúrgica del I.S.S.S.T.E Acapulco" (2017)**. Con el fin de realizar el trabajo de investigación de tesis, en un horario mixto, a partir del 1 al 30 de diciembre del año en curso, con la docente responsable M.C.E. Gregoria Juárez Flores, esperando una respuesta pronta y favorable a la presente petición.

Sin otro particular le agradezco la gentil atención y estoy a sus órdenes para Cualquier aclaración o información.



UAGro
Unidad Académica de Enfermería
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
Y ESPECIALIDADES
Clave 12-UE70003-Y Acapulco, Gro.

Atentamente

Mtra. Eva Barrera García

Coordinadora de Posgrado e Investigación
De la Facultad de Enfermería No.2 de la UAGro.

*Recibido
4-Dic-2017
12:40 hrs*

b) Autorización de investigación

00FICIO NO. CEI/572/2017

Acapulco, Gro. 02 de diciembre de 2017

**M.C.E EVA BARRERA GARCIA
COORDINADORA DE POSGRADO E INVESTIGACION
DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA NO.2
PRESENTE**

Me permito informarle que de primera instancia han sido autorizados los alumnos L.E. Angélica Gabriela Mejía Manzanarez, L.E. Sonia Terrazas Salazar,, L.E. Rosselhy Villanueva Salmerón para que apliquen su instrumento de recolección de datos para la investigación "Cumplimiento de la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura del Hospital I.S.S.S.T.E Acapulco, 2017" durante los periodo del 01 al 30 de diciembre del presente año en el área Quirúrgica.

Para aplicar dicho instrumento de recolección de datos, se les pide que se identifiquen con su uniforme blanco, la credencial siempre visible y dirigirse con respeto a todo el personal y pacientes de esta institución.

Sin más por el momento le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE

**LIC. ENF. MARICELA BARRAGAN GONZALEZ
JEFA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION EN ENFERMERIA**



C.c.p. EXPEDIENTE
C.c.p.-LIC.JULIA SALINAS VILLALVA.-JEFA DE ENFERMERAS

c) Instrumento de recolección de información

TITULO DE INVESTIGACION: “Impacto de una intervención educativa en el cumplimiento de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en el área Quirúrgica del I.S.S.S.T.E Acapulco 2017.”

Tipo de cirugía:

Turno:

Hora de inicio:

Hora de término:

ENTRADA QUIRURGICA (Antes de la administración de la anestesia)	Cumple	No cumple
Con el enfermero y anesthesiologo como mínimo: <ul style="list-style-type: none"> • Ha confirmado el paciente su identidad • Sitio quirúrgico • Procedimiento • Consentimiento informado 		
¿Se ha demarcado el sitio quirúrgico? <ul style="list-style-type: none"> • No procede 		
¿Se ha completado la comprobación del instrumental anestésico y la medicación anestésica?		
¿Se ha colocado el oxímetro y funciona?		
¿Averigua si el paciente tiene alergias conocidas?		
¿Vía aérea difícil/riesgo de aspiración? <ul style="list-style-type: none"> • No • Si hay equipos y materiales disponibles 		
¿Paciente con riesgo de hemorragia mayor a 500 ml. (7 ml/kg en niños)? <ul style="list-style-type: none"> • No • Si y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV y centrales. 		

<p align="center">PAUSA QUIRURGICA (Antes de la incisión cutánea)</p>	<p align="center">Cumple</p>	<p align="center">No cumple</p>
<p>Con la enfermera, anestesiólogo y cirujano:</p> <p>¿Confirma que todos los miembros se hayan presentado por su nombre y función?</p>		
<p>¿Confirma la identidad del paciente? ¿Procedimiento? ¿Sitio de la incisión?</p>		
<p>¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?</p> <ul style="list-style-type: none"> • No procede 		
<p>Previsión de eventos críticos:</p> <p>El cirujano revisa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los pasos críticos o no sistematizados • La duración de la operación • La pérdida de sangre prevista <p>Anestesiólogo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algún problema específico <p>Equipo de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A confirmado la esterilidad (con resultado de sus indicadores) • Verifica si existe duda o problemas relacionados con el instrumental y los equipos. 		

d) Programa educativo elaborado para la intervención

FICHA DESCRIPTIVA	
Programa educativo	“Lista de verificación de cirugía segura SALVA vidas ”
Objetivo del programa	Reforzar el conocimiento del personal del área quirúrgica sobre la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura y sensibilizar sobre la importancia de aplicarla correctamente para la prevención de eventos adversos. .
Área de conocimiento	Cirugía segura.
Modalidad	Presencial.
Sede	Área Quirúrgica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Acapulco, Guerrero.
Periodo	Diciembre.
Fecha	Del 18 al 20 de diciembre del 2017
Horario	En el horario matutino de 8-12 y en el vespertino de 14 a 18 horas.
Estrategias didácticas	Video de 8 minutos, cartel y tríptico.
Recursos humanos	Angélica Gabriela Mejía Manzanarez, Rosselhy Villanueva Salmerón y Sonia Terrazas Salazar

Carta descriptiva del programa educativo

HORARIO	TEMÁTICA	ESTRATEGIA DIDÁCTICA	PONENTE
8:00 – 8:15	Epidemiología de los errores derivados del procedimiento quirúrgico	Cartel	Angélica Gabriela Mejía Manzanarez
	Campaña sectorial cirugía segura		
	Descripción de la lista de verificación segura		
	Objetivos de la lista de verificación segura		Rosselhy Villanueva Salmerón
	Fases de la lista de verificación segura		
	Beneficios de la correcta aplicación de la LVCS.		
	Consecuencias de la omisión de la LVCS.		
Implicaciones legales derivadas de errores y omisiones en la práctica.	Sonia Terrazas Salazar		
8:15- 8:25	Cirugía segura “Lista de verificación de cirugía segura”	Video	Angélica Gabriela Mejía Manzanarez
8:25 – 8:30	Recomendaciones para la correcta aplicación de la LVSC.	Tríptico	Rosselhy Villanueva Salmerón

Estrategias didácticas utilizadas en el programa educativo

a) Video



b) cartel



Listado de Verificación Quirúrgica

El **LQ** como método para EVITAR EVENTOS ADVERSOS

- ✓ Identidad
- ✓ Sitio
- ✓ Fármacos
- ✓ Procedimiento
- ✓ Anestesia
- ✓ Cirugía
- ✓ Infecciones
- ✓ Consentimiento

UTILÍZALO, MARCA EL

The infographic features a grid of images related to surgery: a hand holding a pen, a surgical team in an operating room, surgical instruments on a tray, and a close-up of a surgical site. A large red checkmark icon is prominent in the top right and bottom right corners.

102

105

La obligación de las instituciones y/o profesionales de la salud es brindar atención médica segura libre de riesgos.



Pero.....

En ocasiones no se cumple con el objetivo prueba de ellos es el incremento de quejas y demandas.



Es importante considerar que....

En la actualidad la ley general de salud y el reglamento de procedimientos para la atención de quejas medicas de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, no se limita solo a sancionar a los médicos, incluye también al personal de enfermería.

b) Tríptico



1. La LVCS no se debe llenar de forma rutinaria.
2. Deber ser llenada en tiempo y forma como señala cada uno de los momentos quirúrgicos.
3. Debe ser firmada por cada uno de los integrantes del equipo quirúrgico.
4. La LVCS es responsabilidad de todos los integrantes del equipo quirúrgico y no compete solo al personal de enfermería.

Realizaron:

Angélica Gabriela Mejía Manzanares.

Roselly Villanueva Salmerón.

Sonia Terrazas Salazar



Universidad autónoma de guerrero
Facultad de enfermería No 2
Especialidad de Enfermería Médico
quirúrgica

***"VAMOS TODOS A CUMPLIR
CON LA LISTA DE
VERIFICACIÓN DE CIRUGIA
SEGURA"***




RECUERDA

En la actualidad 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 lo que equivale a una operación por cada 25 personas



En el mundo se estima que un 25% de los pacientes sometidos a cirugía sufren complicaciones post-operatorias, entre el 2 y 5% contraen algún tipo de infección en el sitio de operación y del total de los eventos adversos reportados, la mitad se asocia a procedimientos quirúrgico.



Por ELLO.....

La organización mundial de la salud en el 2008, lanzo su segundo reto "cirugía segura salva vidas", cuyo propósito es mejorar la seguridad de las cirugías en todo el mundo.



¿Qué es la lista verificación de cirugía segura?

Un conjunto básico de normas que puedan aplicarse en cualquier país, y garantizan la seguridad del paciente durante el procedimiento quirúrgico.



De la lista de verificación de cirugía segura:

- ✚ Intervenir al paciente correcto
- ✚ Sitio del cuerpo correcto
- ✚ Prevenir el daño derivado de la anestesia
- ✚ Identificar riesgos de la vía aérea y pérdida significativa de sangre.
- ✚ Evitar reacciones alérgicas y adversas a medicamentos.
- ✚ Minimizar el riesgo de infección quirúrgica.
- ✚ Prevenir la retención inadvertida de gases o instrumental.
- ✚ Comunicar e intercambiar de manera efectiva la información del paciente y establecer sistemas de vigilancia y monitorización de la actividad quirúrgica.

EVIDENCIA DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL AREA QUIRURGICA DEL HOSPITAL ISSSTE ACAPULCO



CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDAD PROGRAMADA	DICIEMBRE																														
	Días del mes																														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Gestión de permisos para la autorización de la investigación.	■	■	■	■																											
1 era recolección de información en el área quirúrgica del hospital ISSSTE Acapulco.					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																
Intervención educativa dirigida al personal profesional del quirófano (cirujano, anestesiólogos y enfermeras)																■	■	■	■												
2 da recolección de información en el área quirúrgica del hospital ISSSTE Acapulco.																															

- Los días marcados en amarillo representan los días sábados y domingos, y no se realizara ninguna actividad durante esa jornada laboral.