



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



**“NIVEL DE APEGO DEL EQUIPO QUIRÚRGICO
A LA HOJA DE CIRUGÍA SEGURA EN EL
HOSPITAL DE JESÚS”**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

WENDY FABIOLA SOSA COLÓN

ASESOR:

DRA. TOMASA JUÁREZ CAPORAL

CIUDAD DE MÉXICO

AGOSTO, 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12





ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



Ciudad de México, 2017

LIC. SILVIA BALDERAS BARRANCO
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
P R E S E N T E

Adjunto a la presente, me permito enviar a usted la Tesis Profesional

**“NIVEL DE APEGO DEL EQUIPO QUIRÚRGICO A LA HOJA DE CIRUGÍA
SEGURA EN EL HOSPITAL DE JESÚS”**

Elaborada por:

WENDY FABIOLA SOSA COLÓN

Una vez reunidos los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria, apruebo su contenido para ser presentada y defendida en el examen profesional, que sustenta para obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

A T E N T A M E N T E:

DR. TOMASA JUÁREZ CAPORAL



AUTORIZACIÓN DEL TRABAJO ESCRITO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACION Y
REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS
UNAM
PRESENTE

Me permito informar a usted que el trabajo escrito:

"NIVEL DE APEGO DEL EQUIPO QUIRÚRGICO A LA HOJA DE CIRUGÍA SEGURA EN EL HOSPITAL DE JESÚS"

Elaborado por:

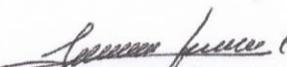
1.	<u>SOSA</u>	<u>COLÓN</u>	<u>WENDY FABIOLA</u>	<u>10513651</u>
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Núm. de cuenta

Alumno (s) de la carrera de Licenciada en Enfermería y Obstetricia

Reúne (n) los requisitos académicos para su impresión.

Ciudad de México, a 22 de mayo de 2017


Dra. Tomasa Juárez Caporal
Nombre y firma del
Asesor de Tesis


Dra. Tomasa Juárez Caporal
Nombre y firma
Director técnico de la carrera



ESCUELA DE ENFERMERIA DEL
HOSPITAL DE JESUS
CLAVE 3295-12 UNAM

Sello de la
Institución



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12





ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



“NIVEL DE APEGO DEL EQUIPO QUIRURGICO A LA HOJA DE CIRUGÍA SEGURA EN EL HOSPITAL DE JESÚS”



AGRADECIMIENTOS

Ten en cuenta que el gran amor y los grandes logros requieren grandes sacrificios.

Dalai Lama...

Agradezco a esas dos personitas hermosas y cariñosas gracias por su amor incondicional que me dan día con día, por haber recorrido este arduo camino juntas, por soportar las miles de ausencia, gracias por haber sido mi impulso para seguir cuando pensé que estaba derrotada, gracias por que en los tiempos de austeridad en tiempos difíciles su amor me hizo fuerte, me hizo seguir y no dejar vencerme en el camino, gracias por permitirme seguir buscando mis sueños y por ser unas hijas a la medida de las circunstancias requeridas, este logro también es de ustedes mis dos grandes amores de mi vida.

Itzel Paulina Alvarado Sosa e Isabella Paulette Alvarado Sosa



Mi niño Carlos Antonio Sosa Colon agradezco a la vida por haberme dado la oportunidad de tener un hermano como tu excelente, amoroso, tierno, comprensible, gracias por mitigar mis días tristes de lucha y por permitirme mitigar los tuyos, por darme ánimos cuando los necesitaba. Por fin concluí la primera etapa, gracias por haber sido parte de ella. Gracias por haber compartido conmigo una infancia bellísima, una adolescencia de aprendizaje y una adultez con responsabilidad todo era mas bello por que nos teníamos a los dos, gracias por haber estado en las buenas y en las malas incondicionalmente, gracias por esperarme en las noches solo para preguntarme como fue mi día y jugar ajedrez, irónicamente fuiste victima de las estadísticas de negligencia medica en el quirófano, Dios me arrebató tu presencia física pero no la espiritual porque se que cada paso que doy ahí estarás tu. Prometo que algún día terminaremos esa partida de ajedrez no sin antes haber cumplido con mi misión en esta tierra, Te AMO y siempre lo hare mi hermano hermoso, mi Tony.

Agradezco a mi madre por la paciencia que brindo a mis hijas y a mi durante este trayecto, por haber sido mi compañía durante estos años, por haberme regalado su tiempo demostrándome a si su amor por su familia, no soy la mejor hija pero si quiero plasmar mi agradecimiento y mi decirle que la amo Sra. Bonita. Gracias a mis hermanas porque con su apoyo me ayudaron a hacer esto realidad.

Solo Hay una cosa que hace un sueño sea imposible: el miedo al fracaso.

Paulo Coelho...



TABLA DE CONTIDO

INTRODUCCIÓN:	10
MARCO TEÓRICO.....	11
CAPÍTULO I ANTECEDENTES DE LA CIRUGIA SEGURA.....	11
CAPÍTULO II FACTORES DE RIESGO EN EL QUIROFANO.....	17
CAPÍTULO III LA IMPORTANCIA DE LA SEGURIDAD DENTRO DE LA CIRUGÍA.....	24
JUSTIFICACIÓN	35
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	37
OBJETIVOS	41
HIPÓTESIS	42
VARIABLES	43
DISEÑO METODOLOGICO	43
RESULTADOS.....	45
CONCLUSIÓN	48
BIBLIOHEMEROGRAFÍA	50
ANEXOS	53



INTRODUCCIÓN

En la actualidad las iatrogenias en el área de enfermería son de suma importancia ya que causa responsabilidades éticas, morales, administrativas, civiles y penales: la ignorancia no exime de responsabilidades así como lo que no esta escrito no esta hecho, que con lleva a la perdida de la cedula profesional.

De acuerdo con la Organización Mundial De la Salud se estima que cada año a escala mundial, decenas de millones de pacientes son victimas de lesiones incapacitantes o muren en consecuencia directa de practicas medicas peligrosas y estima que 10 millones de pacientes son victimas de errores cada año.

La organización reguladora en acreditación sanitaria *Joint comisión* elaboro las metas internacionales de seguridad del paciente, que se basa en acciones especificas para mejorar la atención del paciente y promover mejoras para la seguridad del paciente quirúrgico. Una de esas acciones son las metas internacionales , en la cual la cuarta meta nos dice que debemos de garantizar que la cirugía se realice en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto”. Para lograr esto la alianza Mundial de Salud y Colaboradores implementaron la hoja de Cirugía segura la cual pretende minimizar los errores diariamente cometidos en todo el mundo. Este estudio pretende investigar el apego del equipo quirúrgico a la hoja de cirugía segura en el Hospital de Jesús y destacar las áreas de oportunidades para una mejor atención y protección a los pacientes diariamente intervenidos.



MARCO TEORICO

CAPÍTULO 1 ANTECEDENTES DE LA CIRUGÍA SEGURA

La cirugía de acuerdo a la revista científica *Medicinam II* (2008) es la ciencia medica que estudia todas las intervenciones que requieran de la mano de un profesional. De acuerdo a su etiología esta palabra proviene del griegos *Kheir* que significa mano y *Ergon* que significa trabajo , se traduciría como trabajo de mano.

Es una profesión muy antigua desde el comienzo de la humanidad, nuestros antepasados empezaron a curar a la gente mediante el lambeo de las heridas, suturas con cabezas de hormigas, el uso de la miel para que no se infectaran, etc. En ese entonces se creía que la enfermedad era producto de maldad, de brujería, hechicería hacían rituales para poder sacar al mal espíritu del cuerpo de la persona afectada mediante purgantes, danzas. debido a esta situación los curanderos del pueblo eran los médicos y existió una división en la medicina. La cirugía del renacimiento se caracteriza por la división de cirujanos y barberos. Los cirujanos tenían mas conocimiento ya que contaban con instrucción teórica de anatomía y los barberos eran mas empíricos pero tenían mayor habilidad en cirugía ya que practicaban mucho. La cirugía surge de una necesidad, de atender al hombre en emergencia, Ambrosio pare fue el primero en definir el propósito de la cirugía:

"La cirugía tiene cinco funciones: eliminar lo superfluo, restaurar lo que se ha dislocado, separar lo que se ha unido, reunir lo que se ha dividido y reparar los defectos de la naturaleza." "no puedo decir por qué razón, pero creo que uno de los principales medios para curar las heridas es conservarlas limpias". Ballesteros M., R; Gómez B., E; Delgado M., AD.

SIGLO XVIII

Los cirujanos seguían sin alcanzar el nivel social de los médicos, pese a su creciente actividad y fama debido a la necesidad de sus intervenciones y a los conflictos bélicos existentes en Europa. Sin embargo, dado que la anatomía macroscópica ya había alcanzado un gran desarrollo, el interés por una cirugía cada vez más agresiva fue creciendo. Aunque existían cátedras de cirugía que centraban su actividad en el conocimiento de la anatomía topográfica y la anatomía quirúrgica, éstas no eran numerosas. la formación de los cirujanos se seguían realizando fuera, y a veces en



oposición a la universidad. Los cirujanos barberos ejercían su profesión de forma itinerante, dedicándose a patología poco importante: heridas, sangrías, dientes, fracturas, úlceras, cataratas, cálculos, hernias..., con unos resultados mediocres. La actividad consistente en la manipulación de fracturas y luxaciones se denominaba "álgebra", y los que la practicaban "algebristas".

Mediante el tiempo avanzaba se fueron creando escuelas de medicina y a su paso los avances de esta ciencia como tal. fueron varios los personajes que contribuyeron con estos avances cada uno iba perfeccionando las técnicas conocidas: Percival Pott. Joseph Clement Tissot , Jean-André Venel, John Hunter (1728-1793) gracias a Hunter se implemento la ciencia de la anatomía para los cirujanos una anatomía patológica, con causa e experimental.

SIGLO XIX

Surgieron varios avances se fusiona la cirugía y la medicina para esta etapa ya se ve como una ciencia, con la ayuda de la anestesia se logran realizar cirugías sin dolor. También en esta época se desarrollo la asepsia y antisepsia lo que ayuda a tener un resultado con menor índice de infección. También se descubrió el aparato de rayos X lo que les permitirá tener una mejor visibilidad de la intervención.

Lister (1827-1912) se dio a conocer por la introducción de la antisepsia quirúrgica con ácido carbólico. Se dio cuenta de que al aplicar el acido carbónico sobre las heridas reducía considerablemente las complicaciones infecciosas y Louis Pasteur (1822-1895) estableció firmemente la teoría microbiana, demostrando que las bacterias son las responsables de las infecciones, y la forma de eliminar a las bacterias productoras de la fermentación. También descubrió la forma de producir inmunidad inoculando cultivos atenuados de determinadas bacterias. En homenaje a los trabajos de Jenner, denominó vacunación a este sistema.

SIGLO XX

Durante esta etapa hubo un auge en la medicina debido a las guerras que en ese entonces había, obligando a practicar cirugías a soldados de guerra. Uno de los principales acontecimientos de este siglo fue el descubrimiento de la penicilina por sir Alexander Fleming y abre la época de los antibióticos, permitiendo su utilización en el tratamiento de las complicaciones sépticas asociadas



La cirugía fue evolucionando día con día, y también así los problemas en la seguridad de los pacientes en quirófano, surgieron eventos adversos a nivel mundial que llevaron a varias organizaciones a proponer soluciones apropiadas para evitar los daños colaterales a los pacientes en su estancia en quirófano y así obtener una pronta recuperación. Desde que el instituto de medicina (IOM) en 1999 publicara el informe *“to err is human: Building a safer health system”* dando a conocer que había mayor mortalidad en pacientes que se sometían a un tratamiento quirúrgico, que las muertes por accidentes automovilísticos, CA de mama o de SIDA. Con base en el artículo publicado por Jorge P, Los eventos adversos se detectaron en 4% de los pacientes hospitalizados, de los cuales, el 70% provocaban incapacidad temporal y 14% de los incidentes eran mortales. *Jorge A. Pérez(2012)* este estudio dio pauta a que se creara la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, Firmada en Washington DC el 27 de octubre del 2004.

Desde ahí en adelante la OMS realizo varios programas con el propósito de crear un cambio radical para este tipo de problema a nivel mundial y por ello implemento el programa de “La cultura de una practica segura”, con el objetivo de reducir los eventos adversos relacionados con la atención sanitaria. Se desarrollaron varios programas: El primero, “Atención Limpia Atención Segura” (*Clean Care is Safe Care*) que dio inicio en Ginebra, en octubre de 2005, y en nuestro país, el 1o octubre de 2008, en México D.F. El segundo reto se ha denominado “Cirugía Segura Salva Vidas” (*Safe Surgery Save Lives*) que dio inicio en 1o de octubre de 2008, en Washington D.C., y en México D.F., el 9 diciembre de 2009, cuyo objetivo era mejorar la seguridad de las cirugías en todo el mundo aplicando un listado factible para cada institución.

Por último, el tercer reto se llamó “Bacteriemia cero” (Bacteriemia cero), que inició en España y Reino Unido en 2010, y en nuestro país, en julio de 2011. *Jorge A. Pérez, (2012)*. [...Todos estos programas están basados en las seis metas internacionales de seguridad del paciente. En las cuales, la 4ta meta internacional dice : Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto, al paciente correcto...]
Jorge A. Pérez, (2012)

Se pudiera decir que en la actualidad en nuestro país se ha dado grandes avances para lograr la seguridad del paciente pero todavía nos falta mucho mas por trabajar y poder crear un cambio colectivo dentro de la asistencia sanitaria para lograr la seguridad del paciente. Con el programa de Si Calidad, donde lo primordial es brindar una atención de calidad y satisfacción al paciente, hacer las cosas bien y a la primera.



La OMS (Organización Mundial de la Salud) creó el proyecto Cirugía Segura Salva Vidas para empezar a adoptar una cultura y hacer conciencia durante el procedimiento quirúrgico. Para así tratar de erradicar la mayoría de los eventos adversos expuestos durante un procedimiento quirúrgico. En la lista de cirugía segura se manejan tres tiempos (antes de la inducción de la anestesia, antes de la incisión cutánea y antes de que el paciente salga de quirófano) en esta hoja una persona del equipo multidisciplinario ya sea cirujano, anestesiólogo o enfermera elaborará la hoja, aun que en su mayoría suele hacerlo la enfermera circulante, pero que quede muy claro que es responsabilidad de todo el equipo multidisciplinario, que esta hoja sea elaborada ya que permite analizar los puntos críticos antes de iniciar la intervención quirúrgica por todo el equipo multidisciplinario.

Los datos que contiene permite priorizar, orientar y focalizar los riesgos, los cuales de una forma esquemática se representa claramente la probabilidad de ocurrencia, y sus consecuencias, facilitando así, la gestión y control de riesgos. La atención del paciente quirúrgico es compleja y envuelve un sin número de pasos los cuales deben ser priorizados de manera individual en cada paciente. También esta lista de verificación de cirugía segura no pretende ser única, sino que puede ser modificada dependiendo de las necesidades de la institución a ser aplicada.

Durante la segunda etapa de aplicación de esta lista se debe de hacer un tiempo fuera, donde todo el equipo que este inmerso en el procedimiento quirúrgico, debe de dejar todo lo que estén haciendo y prestarle mucha atención al listado, ya que si no se concientiza la importancia de esta lista de verificación y se realiza todo a la ligera o se omite, puede llegar a consecuencias evitables graves para todos.



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12**



ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA	ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA (TIME OUT)	ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO
<p>EL PACIENTE HA CONFIRMADO ••</p> <p>SU IDENTIDAD EL SITIO QUIRÚRGICO EL PROCEDIMIENTO Y SU CONSENTIMIENTO DEMARCACIÓN DEL SITIO SI NO PROCEDE</p> <p>SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA</p> <p>PULSIOXÍMETRO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO</p> <p>¿TIENE EL PACIENTE: ALERGIAS CONOCIDAS? NO SÍ</p> <p>VÍA AÉREA DIFÍCIL / RIESGO DE ASPIRACIÓN? NO SÍ</p> <p>HAY INSTRUMENTAL Y EQUIPOS DE / AYUDA DISPONIBLE</p> <p>RIESGO DE HEMORRAGIA > 500 ML (7 ML/KG EN NIÑOS)? NO SÍ, Y SE HA PREVISTO LA DISPONIBILIDAD DE ACCESO INTRAVENOSO Y LÍQUIDOS ADECUADOS RADA</p>	<p>CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN</p> <p>EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO:</p> <p>EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO</p> <p>QUE LOS RECuentOS DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUJAS SON CORRECTOS (O NO PROCEDEN)</p> <p>EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE)</p> <p>SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS</p> <p>CIRUJANO, ANESTESISTA Y ENFERMERO CONFIRMAN VERBALMENTE: PAUSA QUIRÚRGICA</p>	<p>LA IDENTIDAD DEL PACIENTE EL SITIO QUIRÚRGICO EL PROCEDIMIENTO</p> <p>PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS EL CIRUJANO REvisa: LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PÉRDIDA DE SANGRE PREVISTA</p> <p>EL EQUIPO DE ANESTESIA REvisa: SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECÍFICO</p> <p>EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REvisa: SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REvisAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE</p> <p>¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? SÍ NO PROCEDE</p> <p>¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES? SÍ NO PROCEDE</p>



En cada una de las fases se ha de permitir que el encargado de elaborar la hoja de cirugía segura confirme, que el equipo multidisciplinario haya llevado a cabo sus tareas. Solo una persona debe de ser el encargado de la verificación de la lista para que tenga eficacia.

Mientras mas se familiaricen con los pasos de la lista, podrán llegar hacer una cultura de esta. Y anunciar en voz alta la ejecución de cada uno de los pasos. Cada equipo de trabajo debe de encontrar la manera mas apropiada de incorporar este instrumento en la cirugía.

Aunque el Hospital de Jesús es muy famoso por la historia atrás de el y por su fundador, lamentablemente no se lleva a cabo. No existe una hoja de cirugía segura y aunque la cirugía se crea para salvar vidas en muchas ocasiones provoca errores de gran importancia: desde complicaciones limitantes hasta la muerte.

Muchas veces los médicos no quieren realizar la hoja de cirugía segura porque dicen que les quita mucho tiempo, que es una perdida de tiempo, que son solo papeles que no sirve de nada al paciente, que es un papel creado por gente que esta detrás de un escritorio y no en una cirugía como tal, y por parte de las enfermeras ya no les gusta insistir por que a los médicos no les gusta aplicarla. La mayoría de los cirujanos le restan importancia a la lista de chequeo ya que después de la cirugía salen corriendo justificándose que tienen cosas que hacer y muchas veces no se toman el tiempo para interactuar con el resto del equipo, no preguntan si las muestras patológicas están etiquetadas, si salió cuenta completa de gases e instrumental, etc.

Es de suma importancia que el equipo multidisciplinario que está involucrado, no considere la lista de chequeo como una sobrecarga laboral o un formato más que se debe llenar, sino que al contrario, considere la lista de chequeo como una herramienta favorable que corrobore los datos del paciente y de la intervención quirúrgica que se va a realizar, garantizando el desempeño del equipo quirúrgico y así asegurar el éxito de la cirugía en bienestar y pronta recuperación del paciente.

En el hospital de Jesús donde realice mi instrumento de investigación no se aplica como tal la hoja, debido a que no existe la hoja de verificación para la seguridad del paciente, solamente se conforman con un simple “maestro vamos a empezar, esta todo bien”. Con el proceso de certificación el hospital tiene que implementar la lista de chequeo de la cirugía segura para que se lleva a cabo dicho deseo de certificación.



CAPÍTULO 2 FACTORES DE RIESGO EN EL QUIRÓFANO

La cirugía es un componente esencial de la asistencia sanitaria en todo el mundo desde hace más de un siglo. Dada la creciente incidencia de los traumatismos, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, el peso de la cirugía en los sistemas de salud públicos irá en aumento. Se calcula que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor, lo que equivale a una operación por cada 25 personas. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente: La cirugía salva vidas.pag.4

Por eso es de suma importancia que se realicen cirugías de calidad sin errores que incapaciten y hasta muchas veces provoquen muertes a los pacientes ya que los riesgos asociados durante un procedimiento quirúrgico son muy elevados.

Con base en los datos de la Organización Mundial de la Salud los países en desarrollo señalan una mortalidad del 5-10% en operaciones de cirugía mayor. La mortalidad debida solamente a la anestesia general llega a alcanzar en algunas parte del África subsahariana la cuota de una muerte por cada 150. Las infecciones y otras causas de mortalidad postoperatoria también constituyen un grave problema en todo el mundo. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente: La cirugía salva vidas.pag.4

De acuerdo al artículo “evolución de la seguridad del paciente el contexto mundial y su perspectiva en México, señala al quirófano, como una de las áreas más susceptibles para que sucedan los eventos adversos, los errores de cirugía y anestesia alcanzan cifras del 48% los cuales pueden ser prevenidos el 74% de ellos.

Esto se debe a varios factores condicionantes que generan mayor riesgo y vulnerabilidad, tales como: descontaminación inadecuada que provoca infección en el sitio quirúrgico, perdida de tiempos durante el inicio de la cirugía, mala administración de profilaxis antibiótica, mala organización y comunicación en el equipo multidisciplinario, deficiente infraestructura, falta de insumos, diagnostico equivocado de paciente, sitio y procedimiento incorrecto.

Ante la posibilidad de eliminar por completo estas equivocaciones se ha propuesto en que los hospitales se adhiera a una cultura de “Cero tolerancia” para favorecer la seguridad del paciente quirúrgico.



Con base en la *Nacional Practitioner Data Bank* y *closed claims database for wrong site procedures* se detectaron 1,300 a 2700 casos al año en Estados Unidos de un universo de 75 millones de cirugías, lo que representa una frecuencia 5 a 10 veces mayor de lo considerado como aceptable por los estándares de Six Sigma en la industria de la manufactura.

En nuestro país son pocos los reportes relacionados con el tema, me atrevo a decir que son muy escasos ya que no hay una organización como tal, que se encargue de recopilar todos los errores quirúrgicos procedentes del equipo multidisciplinario, y por otra parte no se registran los eventos adversos con honestidad. Existe mas información y referencias de este tema en el extranjero que en nuestro propio país y no por que no se tengan datos, si no por que no se exponen como debe de ser.

Con base en el 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 practica, el 71% de estas 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")

De acuerdo con los antecedentes ya mencionados , la seguridad del paciente se debe convertir en una preocupación prioritaria de los Sistemas de Salud, cuyo propósito fundamental seria evitar los riesgos innecesarios de accidentes y daño causados durante la atención medica por supuesto que es importante reconocer a la seguridad como un componente básico e indispensable de la calidad. El Instituto de Medicina de los EUA (IOM) define la calidad como el grado en que los servicios de atención en salud: 1) incrementan la probabilidad de alcanzar un resultado deseado en salud; y 2) son consistentes con conocimientos profesionales actualizados.

En la 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana que se llevo a cabo en el 2007 dice que La Calidad, incluyendo la seguridad del paciente, es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud. Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos de los Estados Miembros, aún persisten importantes desafíos en materia de calidad tanto en los países más desarrollados como en los países en vías de desarrollo.



Menciona que es una cualidad que en el diccionario de la real lengua española se define como un elemento o carácter distintivo de la naturaleza de alguien o algo, que en este caso es de la misma salud, de algo que por derecho en nuestra constitución mexicana nos compete a todos.

Es por ello que en octubre de 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en la que se instaba a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad de los pacientes. La Alianza Mundial para la seguridad del paciente también promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención, y apoya a los Estados Miembros en la formulación de políticas y prácticas para la seguridad de los pacientes. (El segundo reto por la seguridad del paciente: la cirugía segura salva vidas)

Cada año la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente organiza programas para tratar aspectos sistémicos y técnicos y a si mejorar la seguridad de los pacientes en todo el mundo y cada dos años lanzan un nuevo reto, estos retos se basan en las metas internacionales de salud que muestran las áreas de oportunidad con mas incidencias en el área de la salud.

El objetivo principal de la Alianza es la formulación de Retos Mundiales tales como:

- 1° Reto Atención limpia, atención segura
- 2° Reto Cirugía Segura, Salva Vidas
- 3° Reto Combate a la resistencia antimicrobiana

El primer reto “Atención Limpia, Atención Segura 2005-2006” se implemento para prevenir infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Se trataba de implementar medidas sencillas para la prevención de infecciones, ya que mas de 1,4 millones de personas en todo el mundo padecían infecciones contraídas en el hospital.

Los errores mas comunes de las infecciones nosocomiales y algunos de los factores de riesgo de acuerdo a la Alianza Mundial para la seguridad del paciente en el sitio quirúrgico son: profilaxis antibiótica inadecuada, preparación incorrecta de la piel, duración de la intervención, tipo de herida quirúrgica, cuidado inapropiado de la herida quirúrgica, mala asepsia quirúrgica, diabetes, estado nutricional, inmunodeficiencia, entrenamiento y capacitación deficiente.



El siguiente Reto fue Cirugía Segura, Salva Vidas

Este reto fue el segundo creado por la Alianza Mundial para la seguridad del paciente se creó en octubre de 2004. Su principal objetivo es mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo, definiendo para ello un conjunto básico de normas de seguridad que puedan aplicarse en todos los estados miembros de la OMS. (El segundo reto mundial por la seguridad del paciente: La cirugía segura salva vidas)

De acuerdo con el segundo reto mundial por la seguridad del paciente: “La Cirugía Segura Salva Vidas”, la cirugía es un componente básico de la atención sanitaria, dada a la creciente incidencia de enfermedades que requieren un evento quirúrgico, aunque el propósito de la cirugía es salvar vidas, la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede considerar daños significativos, según la OMS: hasta un 25% de los pacientes quirúrgicos hospitalizados sufren complicaciones postoperatorias, la tasa de mortalidad registrada tras la cirugía mayor es del 0,5-5%, en los países industrializados, casi la mitad de los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con la atención quirúrgica, el daño ocasionado por la cirugía se considera evitable al menos en la mitad de los casos, los principios reconocidos de seguridad de la cirugía se aplican de forma irregular, incluso en los entornos más avanzados.

Este reto de acuerdo con la Organización Mundial para la Salud intenta mejorar la seguridad de la cirugía y reducir las muertes y complicaciones durante las operaciones a través de cuatro líneas de acción:

- Proporcionar información a médicos, administradoras de hospitales y funcionarios de salud pública sobre la importancia y las pautas de la seguridad de la cirugía en el ámbito de la salud pública.
- Definir un conjunto mínimo de medidas uniformes (“estadísticas vitales quirúrgicas”) para la vigilancia nacional e internacional de la atención quirúrgica.
- Identificar un conjunto sencillo de normas de seguridad de la cirugía que puedan aplicarse en todos los países y entornos y se recojan en una lista de verificación que se utilice en los quirófanos.
- Evaluar y difundir la lista de verificación y las medidas de vigilancia, primero en centro piloto de cada región de la OMS y después en los hospitales de todo el mundo. El Segundo Reto Mundial por la Seguridad Del Paciente: La Cirugía Segura Salva Vidas.pag.10



A su vez la guía de practica de **intervenciones preventivas para la seguridad en el paciente quirúrgico, 2007-2012** establece orientaciones a nivel nacional con la intención de sistematizar las acciones nacionales sobre:

1. Fortalecer la capacidad de los prestadores de servicio para aplicar las estrategias de mejora y promover un enfoque sistémico de la seguridad del paciente quirúrgico.
2. Promover acciones específicas para que los equipos sigan de forma sistemática las medidas de seguridad esenciales, minimizando así los riesgos que ponen en peligro la vida y el bienestar de los pacientes quirúrgicos.
3. Prevenir errores que involucren cirugías en el sitio, procedimiento o paciente incorrecto.
4. Reforzar las practicas de la seguridad establecidas, fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre disciplinas clínicas.

Estas recomendaciones son con el fin de favorecer la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud. El Segundo Reto Mundial por la Seguridad Del Paciente: La Cirugía Segura Salva Vidas.pag.10

Los cuatro grupos de trabajo de la OMS realizaron diez objetivos esenciales que todo equipo quirúrgico debería alcanzar durante la atención quirúrgica, los diez objetivos están plasmados en el check list de la hoja de cirugía segura.

- Objetivo 1. El equipo operará al paciente correcto en el sitio anatómico correcto.
- Objetivo 2. El equipo utilizará métodos que se sabe que previenen los daños derivados de la administración de la anestesia, al tiempo que protegen al paciente del dolor.
- Objetivo 3. El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida de la función respiratoria o del acceso a la vía aérea, y reconocerá esas situaciones.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



- Objetivo 4. El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida considerable de sangre, y reconocerá esas situaciones.
- Objetivo 5. El equipo evitará provocar reacciones alérgicas o reacciones adversas a fármacos que se sabe que suponen un riesgo importante para el paciente.
- Objetivo 6. El equipo utilizará sistemáticamente métodos reconocidos para minimizar el riesgo de infección de la herida quirúrgica.
- Objetivo 6. El equipo evitará dejar accidentalmente gases o instrumentos en la herida quirúrgica.
- Objetivo 8. El equipo guardará e identificará con precisión todas las muestras quirúrgicas.
- *Objetivo 9. El equipo se comunicará eficazmente e intercambiará información sobre el paciente fundamental para que la operación se desarrolle de forma segura.*
- *Objetivo 10. Los hospitales y sistemas de salud públicos establecerán una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos. El Segundo Reto Mundial por la Seguridad Del Paciente: La Cirugía Segura Salva Vidas.pag11*



Por ultimo el 3ro. Reto combate a la resistencia antimicrobiana este se debe al uso inadecuado de los antibióticos y por falta de tratamiento adecuado debido a la falta de recursos financieros para completar el tratamiento. OMS(2001)

La causa de la resistencia antimicrobiana es sin duda la combinación y el uso excesivo de antibióticos, ya que eran de fácil acceso.

Todos estos retos tratan de prevalecer una cultura hacia todo el equipo multidisciplinario de salud, para lograr alcanzar intervenciones quirúrgicas seguras y proveer una atención sanitaria confiable al derechohabiente de salud. Para que ya no se sigan desarrollando eventos adversos hacia los pacientes. Se trata de sensibilizar, de tomar conciencia y conocimiento de hacer las cosas con calidad.

Como nos menciona la Cruzada Nacional por la Calidad de los servicios de salud (2001-2006)[... si lo que se quiere es generar manifestaciones evidentes de un trato digno y de una calidad efectiva, eficiente, ética y segura, es indispensable hacer de la calidad un verdadero valor, esto es, que sea en efecto algo importante para la organización y para cada uno de los individuos que la integran. En otras palabras, es indispensable darle valor al valor deseado. Esto permite orientar los comportamientos que, si son reconocidos como válidos (o sea, que valen) se van convirtiendo en creencias o convicciones por las cuales el cambio trasciende a la mera conducta que, de otra manera podría haber sido motivada por un mero acto de autoridad, para convertirse en una actitud basada en un valor arraigado y en una convicción...] [...Esta Cruzada se dirige precisamente a arraigar a la calidad como un valor incuestionable en la cultura de las organizaciones de atención a la salud...]



CAPÍTULO 3 LA IMPORTANCIA DE LA SEGURIDAD DENTRO DE LA CIRUGÍA

Con base en la Organización Mundial para la Salud, cada dos años se formula un nuevo reto destinado a impulsar el compromiso y la acción internacional en un aspecto relacionado con la seguridad del paciente.

Reconocer y dimensionar los efectos de este fenómeno han hecho posible diseñar estrategias dirigidas a reducir al máximo los riesgos. Estas medidas de manera inicial están enfocadas a la implantación de dos instrumentos, el protocolo universal y la lista de verificación.

Protocolo universal es un estándar de calidad que la *Joint Commission International* difundió en el 2002, en apoyo indispensable para prevenir eventos adversos en cirugía.

El diseño de este protocolo asegura la identificación del paciente, procedimiento correcto y sitio correcto, con los tres componentes:

- Verificación del proceso antes de la cirugía
- Marcado quirúrgico
- Tiempo fuera “*time out*”, que se hace inmediatamente antes de empezar la cirugía

La lista de verificación también es conocida como la Lista de chequeo, gracias a la campaña de la OMS “La Cirugía Segura, Salva Vidas” ha tenido un gran impacto a nivel mundial, ha sido de mucha relevancia y contribución para llevar a cabo la seguridad del paciente en un procedimiento quirúrgico ya que el objetivo principal de acuerdo a la OMS es garantizar la homogeneidad en la seguridad del paciente e introducir una cultura que valore este objetivo. A pesar de que la lista de verificación es muy conocida y difundida mundialmente, no se lleva a cabo su llenado correctamente.

La lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación (1a edición) nos da una guía para la implementación de la lista.



La lista de verificación divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (Entrada), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (Salida).

En la etapa de **ENTRADA** se debe de hacer en conjunto con el anesestesiólogo y la enfermera antes de iniciar la anestesia, en esta etapa se corrobora la identidad del paciente, el sitio quirúrgico, la intervención que se va a realizar, se corrobora que el paciente tenga puesto el oxímetro de pulso, se verificara con el anestesista si hay algún tipo de alergia o si existe riesgo de hemorragia, si hay dificultad en la vía aérea y también se verifica que los consentimientos estén firmados por la paciente. Cada uno de los pasos de la lista están justificados.

Identificación datos y consentimiento del paciente:

- La primera metas internacional de seguridad del paciente publicada por la OMS es la **Identificación correcta de los pacientes**. En muchos hospitales se manejan los identificadores como las pulseras con el nombre, fecha de nacimiento y número de expediente para corroborar la identidad del paciente.

Marcado del sitio quirúrgico:

- La segunda meta internacional por la seguridad del paciente es: Realizar cirugías en el lugar correcto con el paciente correcto y con el procedimiento correcto
- Evitar los procedimientos en sitios incorrectos (que incluyen el lado equivocado, el órgano equivocado, el lugar equivocado, el implante equivocado y la persona equivocada) son un evento que esta en constante aumento de la cantidad de casos denunciados. (GPC)
- Los pacientes deberán participar en el proceso de marcado del sitio quirúrgico, siempre que sea posible y todos los puntos del proceso de verificación preoperatorio, para identificar correctamente el lugar donde se desea hacer la incisión o la inserción.(GPC)



Control anestésico

- Con base en la NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología nos dice, que la anestesiología es una rama de la medicina que a través de la aplicación de técnicas específicas y la administración de sustancias farmacológicas, se provoca: anestesia, analgesia, inmovilidad, amnesia e inconsciencia del paciente, durante el tiempo que se requiera para que se lleven a cabo procedimientos médico-quirúrgicos con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación.
- Su campo de aplicación se extiende al período perioperatorio, a los cuidados de reanimación, al control del dolor, a los cuidados paliativos, así como a la investigación.
- La importancia y trascendencia de la anestesiología, es tal, que con la ayuda de esta práctica, los médicos pueden abordar prácticamente todas las estructuras del organismo y brindar mayores posibilidades de sobrevivencia y calidad de vida, ante diversas enfermedades que sufre el ser humano, razón por la cual los anestesiólogos deben enfrentar retos superiores y por ende de mayores riesgos, atendiendo en ocasiones, efectos y eventos adversos, muchas veces imprevisibles.
- La responsabilidad del médico especialista en anestesiología, implica el estudio y valoración del paciente, para indicar y proporcionar el manejo y los cuidados peri-anestésicos adecuados para cada situación.
- Es necesario considerar al cuidado peri-anestésico como un proceso que abarca las etapas: pre, trans y post-anestésica.
- Con base en la GPC el médico anestesiólogo debe realizar una valoración pre anestésica, en procedimientos programados e inmediatamente antes de la inducción anestésica, incluyendo la educación del paciente, familia o persona responsables para la toma de decisiones como parte de la obtención del consentimiento anestésico documentándose ambos en el expediente clínico.



Pulsioxímetro:

- En el punto 10.1.2.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología nos menciona que en todo el procedimiento anestésico, el médico anestesiólogo vigilará clínicamente la coloración y el llenado capilar, apoyado por la oximetría de pulso.
- Recomendación de la GPC ... es altamente recomendable la monitorización continua de la oxigenación del paciente mediante la utilización de un monitor de oxígeno como el pulsioxímetro, así como la activación de alarmas audibles.

Alergias:

Vía aérea/riesgo de aspiración:

- En el punto 10.1.3.1 de la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011 nos insta a que Será necesario vigilar y mantener la permeabilidad de la vía aérea y la ventilación pulmonar.

Riesgo de hemorragia

- Con base en la GPC dice que se recomienda mantener la perfusión adecuada del paciente durante la cirugía, se recomienda administrar fluidos endovenosos suplementarios en los casos en los que previamente se haya realizado una valoración del estado hemodinámico del paciente y como resultado, se considere necesario.
- La pérdida de un gran volumen de sangre se encuentra entre los peligros más comunes y graves para los pacientes quirúrgicos, y el riesgo de choque hipovolémico aumenta cuando la pérdida de sangre supera los 500 ml (7ml/kg en niños). Una preparación adecuada y la reanimación pueden mitigar considerablemente las consecuencias.
- Si existirá un riesgo de hemorragia superior a 500ml, se recomienda vivamente que antes de la incisión cutánea se coloquen al menos dos líneas intravenosas de gran calibre o un catéter venoso central.



Riesgo de hemorragia

- Con base en la GPC dice que se recomienda mantener la perfusión adecuada del paciente durante la cirugía, se recomienda administrar fluidos endovenosos suplementarios en los casos en los que previamente se haya realizado una valoración del estado hemodinámico del paciente y como resultado, se considere necesario.
- La pérdida de un gran volumen de sangre se encuentra entre los peligros mas comunes y graves para los pacientes quirúrgicos, y el riesgo de choque hipovolémico aumenta cuando la pérdida de sangre supera los 500 ml (7ml/kg en niños). Una preparación adecuada y la reanimación pueden mitigar considerablemente las consecuencias.
- Si existirá un riesgo de hemorragia superior a 500ml, se recomienda vivamente que antes de la incisión cutánea se coloquen al menos dos líneas intravenosas de gran calibre o un catéter venoso central.

PAUSA esta etapa se realiza antes de iniciar la incisión cutánea, todos los miembros del equipo quirúrgico ya deberán de estar en la sala quirúrgica listos para empezar, todo el equipo tendrá que presentarse por su nombre y función, se vuelve a corroborar la identidad del paciente, procedimiento, sitio quirúrgico, también se hará una pequeña platica entre todo el equipo quirúrgico acerca del plan a seguir y la prevención de complicaciones graves durante la cirugía, a su vez se realiza la verificación de la profilaxis antibiótica durante los pasados 60 minutos antes de la cirugía, que el instrumental haya sido esterilizado apropiadamente con todo y su tira reactiva, si se requiere de estudios de imagenología el encargado de la lista tiene que verificar que este en función.

Presentación miembros equipo:

- Mejorar la comunicación efectiva en el área de la salud



Identidad del paciente:

- La primera metas internacional de seguridad del paciente es la **Identificación correcta de los pacientes**

Profilaxis antibiótica:

- La quinta meta internacional para la seguridad del paciente **es Reducir el riesgo de infecciones asociada con la atención médica**; para ello es de suma importancia que en procedimientos quirúrgicos se ministre un antibiótico con el fin de reducir una infección postquirúrgica y a su vez ayudándolo con el lavado de manos y sus cinco momentos.
- De acuerdo a la Guía Practica Clínica seguridad del paciente quirúrgico, se recomienda que los pacientes realicen un baño con jabón como mínimo la noche anterior a la intervención quirúrgica.
- El personal de quirófano deberá lavarse las manos antes de cada intervención utilizando una solución antiséptica, con un cepillo de un solo uso para las uñas.
- Se recomienda preparar la piel en el quirófano antes de la incisión con clorhexidina, si no se dispone de clorhexidina se puede considerar el uso de povidona yodada.
- De acuerdo con la GPC dice que la administración de antibióticos también aumenta la prevalencia de las bacterias resistentes a los antibióticos y predispone al paciente a la infección con organismos como, una causa de colitis asociada a los antibióticos, por lo que la profilaxis antibiótica debería usarse cuando existe evidencia de una falta de eficacia.



- **Eventos críticos por el cirujano:** con base en la guía [...informar de cualquier actuación que ponga al paciente en riesgo por hemorragia rápida, lesión u otra morbilidad importante. Asimismo, ofrece la oportunidad de revisar los pasos que puedan requerir equipos, implantes o preparativos especiales...]
- **Eventos críticos del anestesista:** basado en la guía dice [...En pacientes en los que el procedimiento entrañe riesgo de hemorragia intensa, inestabilidad hemodinámica u otra morbilidad importante, un miembro del equipo de anestesia debe revisar en voz alta los planes y problemas específicos de la reanimación —especialmente, la intención de utilizar hemoderivados— y cualquier característica o comorbilidad del paciente que compliquen la situación...]
- **Eventos críticos en enfermería:** [... El instrumentista, que prepara el instrumental y el equipo necesarios para la operación, debe confirmar verbalmente que se han esterilizado y que, en el caso del instrumental esterilizado por calor, se han verificado los indicadores de esterilidad. Cualquier discrepancia entre los resultados esperados y los resultados reales de los indicadores de esterilidad deberá comunicarse a los miembros del equipo y solucionarse antes de la incisión...]
- **Imágenes diagnósticas:** [...Los estudios de imagen son fundamentales para garantizar una buena planificación y desarrollo de muchas operaciones, como los procedimientos ortopédicos, medulares y torácicos o muchas resecciones de tumores...]



SALIDA

De acuerdo a la lista de verificación: la Salida debe completarse antes de que el paciente salga del quirófano, el objetivo es facilitar el intercambio de información importante con el equipo sanitario que se encarga de atender al paciente después de la operación, se confirma la cirugía realizada, el conteo del instrumental y gasas, el membretado de las muestras patológicas y se realiza el plan de tratamiento postoperatorio para la optima recuperación del paciente.

Procedimiento:

- Antes de salir del quirófano, el equipo revisara la operación llevada a cabo, y realizaran el recuento de gasas e instrumentos y el etiquetado de toda muestra biológica obtenida. (GPC)
- Llevar un registro de procedimientos en sitios incorrectos de su frecuencia e incidencia para su control y seguimiento. (GPC)

Recuento del instrumental:

- Antes de salir del quirófano, el equipo revisara la operación llevada a cabo, y realizaran el recuento de gasas e instrumental y el etiquetado de toda muestra biológica obtenida. (GPC)



Etiquetado de muestras:

- Con base en la Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo
- Y con base en Manual de Operaciones de Anatomía Patológica (2015) en el recuadro 4 recepción de muestras punto 1, 2 y 3 nos dice que:
- ... Los datos que deben de anotarse al momento de recibir el espécimen en la solicitud de envío son: fecha, hora, el número de especímenes y las iniciales de quién recibe.
- Elaboración de la solicitud para estudio histopatológico, cuando se traten de piezas quirúrgicas, cuando requieran de algún estudio de Anatomía patológica.
- ... Colocan las áreas correspondientes la pieza en un frasco con formol diluido al 10% previamente etiquetado, según corresponda

Problemas con los equipos:

- Es importante identificar los fallos y el instrumental o los equipos que no han funcionado bien para evitar que se vuelvan a utilizar antes de solucionar el problema.

Revisión recuperación/tratamiento:

- El cirujano, el anestesista y el enfermero revisarán el plan de tratamiento y recuperación posoperatorio, centrándose en particular en las cuestiones intraoperatorias o anestésicas que pudieran afectar al paciente. Tienen especial importancia aquellos eventos que presenten un riesgo específico para el paciente durante la recuperación y que quizás no sean evidentes para todos los interesados



En el caso legal es responsabilidad de todo el equipo quirúrgico asegurar una cirugía correcta dentro de su praxis que de acuerdo al Dr. Gerardo Russo⁽²⁰⁰¹⁾. Nos dice que "PRAXIS" del Griego significa: "La acción de llevar a cabo algo". También nos menciona que "PRAXIS" como sinónimo de "Acción Moral". Si tenemos en cuenta que la medicina, éticamente, es una conducta de: CIENCIA, ARTE Y CONCIENCIA, me parece muy adecuado definir a la Mala Praxis como lo hace el Dr. Juan Carlos Do Pico, asesor Letrado de la Asociación Médica Argentina: La Mala Praxis es una "MALA CONDUCTA".

Cuando el equipo quirúrgico no cumple una buena practica y a su vez comete una mala conducta o iatrogenia, se podría iniciar un "juicio de Responsabilidad" que desde el punto de vista jurídico se define como: examen o ponderación de las consecuencia jurídicas por la realización de un hecho jurídico, con infracción de un deber determinado en una norma jurídica, y fundado en la culpabilidad o por el simple acaecimiento del hecho(responsabilidad objetiva), que supone el nacimiento de obligaciones para el autor frente al acreedor de las mismas, y a la que se ha producido un daño o menoscabo. (RAE) o como lo define Gerardo Russo.⁽²⁰⁰¹⁾ :La "obligación que tiene toda persona que ejerce el arte de curar, de responder ante la justicia por los actos perjudiciales resultantes de su actividad profesional. Dar respuesta por lo que causare en el ejercicio de su profesión.

Hablar de la responsabilidad del equipo quirúrgico, es hablar de un tema de formación en el cumplimiento de las obligaciones. como lo refiere el Dr. Gerardo Russo⁽²⁰⁰¹⁾

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012dice: La Secretaría de Salud tiene la responsabilidad de garantizar a la población en general el cumplimiento del derecho a la protección de la salud que establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Por esta razón, es necesario que emita y mantenga vigentes las disposiciones regulatorias que le permitan contar con un marco de referencia que haga posible homogeneizar criterios y homologar diversas y complejas características mínimas de organización, funcionamiento, infraestructura, recursos humanos y tecnológicos, así como mobiliario y equipo de los establecimientos de atención a la salud de la población en general.

En este contexto, los hospitales juegan un factor fundamental para que el Sistema Nacional de Salud pueda resolver la creciente demanda de servicios de atención médica, toda vez que, en estos establecimientos regularmente se atienden pacientes con padecimientos de mayor gravedad y complejidad, que requieren de atención cada vez más especializada con un enfoque integral.



De acuerdo con lo anterior, se puede afirmar que las características de la infraestructura física, instalaciones, mobiliario y equipamiento con que cuentan los hospitales y consultorios para la atención médica especializada a los que se refiere esta norma, se constituyen en elementos básicos para que los prestadores de servicios para la atención médica de los sectores público, social y privado puedan ofrecer a los usuarios calidad, seguridad y eficiencia, ya que, a través del aseguramiento de estas acciones, la autoridad sanitaria puede garantizar el derecho a la protección de la salud.

Para dar soporte al instrumento la Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Especifica todos los requisitos necesarios que debe de tener un quirófano para su funcionamiento. A su vez las normas además de exigir la mejora de la práctica clínica también protege a los profesionales médicos cuando se presenta un evento y este no presenta ninguna negligencia. A si como esta norma hay muchas que regulan la práctica de aquellos que juraron [...Consagrar mi vida al servicio de la humanidad...] con conciencia y dignidad de acuerdo a su formación y conocimiento.

Cuando se comete un error médico por negligencia, iatrogenias o eventos adversos o centinelas, el personal quirúrgico puede obtener una penalidad que va desde multa, prisión y la inhabilitación de su práctica profesional.

Es por ello que la lista OMS de verificación de seguridad del paciente se creó para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de sucesos de este tipo. La lista de verificación no es un instrumento normativo ni un elemento de política oficial; está pensada como herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables.



JUSTIFICACIÓN

Este documento se genera con el fin de evidenciar el nivel de apego que presenta el Hospital de Jesús, en el seguimiento y control de la hoja de cirugía segura por parte del equipo quirúrgico, y así analizar el nivel de operatividad con mira a la mejora y fortalecimiento con oportunidades de crecimiento.

Mediante este estudio el personal de enfermería que se encuentra inmerso en el área de quirófano, puede contar con elementos y herramientas metodológicas de suma importancia para llevar la hoja de cirugía segura, ya que nos permita evitar errores, prevenirlos y no causar lesiones o muertes al paciente. La oportunidad quirúrgica es la priorización de pacientes quirúrgicos en cuanto a tiempos de espera definidos, enfermedad del paciente, contratiempos personales, instrumental no previsto, tiempos quirúrgicos muertos, falta de insumos, autoclaves descompuestas y la puntualidad del medico, situaciones donde el papel de enfermería debe tomar relevancia en su que hacer como profesional de salud.

Las causas de las implicaciones legales en el área quirúrgica son entre otras la falta de cuidado en identificar en el preoperatorio, la identificación del paciente, caída del paciente, registros inexactos o erróneo, divulgación de la información confidencial y negarse a otorgar atención al paciente; en el transoperatorios identificación del paciente, comunicación documentada, registros inexactos, conteo de gasa, olvido de compresas en la cavidad operatoria, quemaduras, información equivocada, fallas en las técnicas asépticas y administración equivocada de medicamentos, en el posoperatorio la identificación del paciente, registros inexactos, caídas, abandono del paciente, administración equivocada de medicamentos, omisión en la prevención de accidentes y el negarse a otorgar la atención.

En este contexto aplica la validez para la profesión de enfermería, ya que mediante este estudio dicho personal y todo el equipo quirúrgico podrán generar mejoras en los procedimientos, siendo estos ya de calidad, pero con la plusvalía de alta seguridad en el manejo quirúrgico de pacientes.

Siendo estos puntos esenciales en la practica profesional del personal de enfermería en las áreas quirúrgicas, por lo cual es importante dejar una evidencia de investigación que fundamente y proporcione elementos conceptuales, formativos e investigativos acerca del tema, con base en la normatividad y operatividad vigentes,



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



siendo en algunos casos puntos de reflexión y mejora continua de los procedimientos en el que hacer cotidiano de dicho personal dentro del equipo quirúrgico. Además este trabajo de investigación puede volver pionera esta herramienta metodológica a la escuela de formación inicial así como a la institución hospitalaria que auspicie este trabajo de investigación.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a la problemática de las iatrogenias de sitio quirúrgico que se presenta a nivel mundial, es imprescindible el buen manejo de la hoja de cirugía segura, según la normatividad vigente manada desde instancias como la OMS, la Secretaria de Salud, las recomendaciones de COFEPRIS, entre otras.

En la actualidad las iatrogenias en el área de enfermería son de suma importancia ya que causa responsabilidades de éticas, morales administrativas, civiles y penales; la ignorancia no exime de responsabilidades así como lo que no esta escrito no esta hecho, que con lleva a la perdida de la cedula profesional, a ejercer un juicio penal mediante el órgano de la CONAMED que finaliza con acciones de tipo ejecutorias en materia penal.

Se brinda una atención de enfermería, en el cuidado holístico del paciente quirúrgico, sin embargo trabajamos con vidas humanas valiosas, únicas, no papeles, no números, en el cual no se permite ningún error y va de la mano con la calidad. Las recomendaciones para el trabajo de enfermería en el área quirúrgica se basan en la comunicación con el equipo de trabajo, los cuidados que deben ser de calidad. Las recomendaciones para el trabajo de enfermería en el área quirúrgica se basan en la comunicación con el equipo de trabajo, los cuidados que deben ser da calidad, tener un sustento científico, establecer un estado de salud físico, mental, social, mantenerse en la actualización continua específicamente en los procedimientos y técnicas que se requieren para su practica profesional.

Según la OMS (1994) estima que cada año a escala mundial, decenas de millones de pacientes son victimas de lesiones incapacitantes o mueren en consecuencia directa de practicas medicas peligrosas y estima que 10 millones de pacientes son victimas de errores medico cada año. En el marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente (2004), la Alianza Mundial para la seguridad del paciente creo la iniciativa, la cirugía segura salvar vida como parte de los esfuerzos por reducir en todo mundo el numero de muerte de origen quirúrgico, como las practicas inadecuadas de seguridad de anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico, potencialmente mortales, prevenibles en todos los países y entornos.



La *Joint Comission* líderes de la calidad en salud elaboro, las metas internacionales de seguridad del paciente, que se basan en acciones especificas para mejorar la atención del paciente y promover mejoras para la seguridad del paciente. En el cual la cuarta meta internacional es "garantizar que la cirugía se realice en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto", Considera esta meta internacional que los procesos esenciales encontrados en el protocolo universal son el marcador del sitio quirúrgico, un proceso de verificación preoperatorio, una evaluación inminente previa que tiene lugar justo antes del comienzo del procedimiento, entre los prioritarios.

La comisión Nacional de Arbitraje Medico (CONAMED) tiene por objeto contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios del servicio medico y los prestadores de dicho servicios. Según la transparencia de la CONAMED, las quejas en área de tratamientos quirúrgicos son 31 casos en 2001, 25 casos 2008, 210 casos en el 2009, 246 casos en el 2010, 288 casos en el 2011, 274 casos en 11 2012 y 477 casos en el 2013.

El 53% de las gestiones inmediatas, han estado relacionadas con pacientes del sexo femenino y el 47% del sexo masculino, presentándose una ligera variación por debajo de un punto porcentual del 2007 al 2013. Con base en el marco jurídico como es la constitución política de los estados Unidos de Mexicanos que es la base sustento de la legislación, esta dividida en orgánica y dogmática en el articulo 4to. Que menciona al derecho a recibir prestación de salud oportuna y de calidad e idónea. Si partimos de que toda actividad medica esta encaminada a buscar en beneficio de los enfermos, a respetar la vida, a no tomar ventaja, ni abuso de los enfermos , a guardad respeto y a su intimidad, en un elemento básico hacerla cumplir en las funciones y deberes del personal de salud involucrados en la atención al paciente en materia quirúrgica.

Entonces estaríamos hablando de los aspectos fundamentales de los derechos de los pacientes. Sobre estos derechos destacan los tres principios de bioética como son la beneficencia, entendido como el hacer el bien al enfermo por medio de la ciencia medica; el de autonomía conceptualizando como la capacidad de decisión del paciente u con el respeto a la persona a sus propias convicciones opciones, elecciones y el principio de justicia que se refiere a la igualdad en el otorgamiento de recursos sin que se pueda justificar discriminación alguna basada en criterios económicos sociales, racionales religiosos; estaríamos hablando de que la bioética es también la adopción de la conducta ética del trabajador de la salud y por lo tanto de una practica medica basada en principios y valores morales.



La ley general de salud cap. 18 capítulos y 472 artículos en la cual el artículo dos hace mención el derecho a la protección de la salud, el artículo 51 los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud, oportunas, de calidad idóneas, a recibir atención profesional éticamente responsable, así como trato digno, respetuoso y digno de los profesionales de la salud. En términos generales la obligación del facultativo de responder por los daños ocasionados surge cuando se presenta algunas de las siguientes hipótesis a saber, la negligencia, la impericia y la imprudencia. En el artículo de la ley general de salud 417 dispone que “amonestación con apercibimiento, multa, clausura temporal o definitiva que podrá ser parcial o definitiva y arresto hasta treinta días y seis horas”.

La Norma Mexicana de salud NOM-004 SSA3-2012 que hace mención de las notas medicas en el área de quirófano, que expresa que el cirujano que va a intervenir al paciente deberá contener como mínimo, fecha de la cirugía, diagnóstico, plan quirúrgico, tipo de intervención quirúrgica, riesgo quirúrgico, cuidados, plan terapéutico, preoperatorios, pronósticos, un integrante del equipo quirúrgico podrá elaborar un reporte de la lista de verificación de la cirugía en dado caso puede ocupar la de la organización mundial de la salud, nota pre anestésica vigilancia y registro anestésico: la nota postquirúrgico deberá elaborarla el cirujano que interviene al paciente, al término de la cirugía constituye un resumen de la operación practicada y deberá de contener como mínimo el diagnóstico preoperatorio, descripción de la técnica planeada, operación realizada, diagnóstico posoperatorio, descripción de la técnica quirúrgica, hallazgos transoperatorios. Reporte y conteo de las gasas, incidentes y accidentes, cuantificación del sangrado, si lo hubo y en su caso transfusiones estudios, auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorio inmediato, pronóstico, envió de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico, otros hallazgos de importancia para el paciente relacionado con el quehacer médico y por último nombre y firma del responsable de la cirugía. En este sentido el problema está presente en las instituciones de salud, públicas o privadas que ya sea por omisión, irresponsabilidad y falta de compromiso ético a sus funciones, relegan, evitan o desvaloran estas actividades de forma parcial o total dentro de los quirófanos en México y en el mundo, poniendo en riesgo la seguridad e integridad del paciente a niveles incluso fatales.

Con base en esas reflexiones, considerando fundamentos con enfoques éticos, normativas y operativas que rigen a los espacios quirúrgicos, se plantea la siguiente pregunta:



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12



Pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de apego del equipo quirúrgico en el manejo de la cirugía segura en el Hospital de Jesús?



OBJETIVOS

Objetivo General

Evaluar el nivel de apego del equipo quirúrgico en el manejo de la cirugía segura en el área quirúrgica del Hospital de Jesús

Objetivo específico

- Identificar y analizar los indicadores para el apego al protocolo de cirugía segura desde una perspectiva legal, normativa y operativa.
- Establecer el nivel de apego que presenta el Hospital de Jesús, en el manejo del protocolo de cirugía segura en el área quirúrgica.
- Valorar resultados de evaluación respecto al nivel de apego al protocolo de cirugía segura por parte del equipo quirúrgico.



HIPÓTESIS

El Hospital de Jesús puede tener un nivel de apego aceptable en el seguimiento de cirugía segura por parte del equipo quirúrgico en todos sus procedimientos o eventos quirúrgicos.



VARIABLES

- ❖ Variable independiente: personal del equipo quirúrgico.
- ❖ Variable dependiente: el nivel de apego a la hoja de cirugía segura

DISEÑO METODOLÓGICO

Método

Este estudio se rige por el método inductivo y con base en una observación sistematizada con registros en bitácora, datos que reflejan la evolución natural de los eventos observados, ajena a la voluntad subjetiva del investigador. Los datos necesarios para el estudio son recogidos a propósito de la investigación (primarios) es decir in situ o en el lugar de los hechos y corroborados por el mismo personal de salud y el investigador a cargo del proyecto. Esta situación posee control del sesgo de observación, según el número de ocasiones en que mide la variable dependiente de estudio.

Tipo no experimental/transversal/descriptivo

La particularidad de cada uno de los 20 eventos por su condición temporal ayuda a la observación y valoración de los casos en una sola ocasión. El análisis referencial de los hechos a si como el apoyo de una lista de cotejo o *check list* apoyaran a reunir las condiciones para evaluar de forma integral el apego a la cirugía segura en cada evento. A partir de esto se señala la descripción completa del fenómeno y aporta resultados con base en la fundamentación documental y la ejecución de campo para la generación de resultados y conclusiones. Presentados en un informe final sujeto a revisión.



Población, muestra y muestreo

Este estudio considera el grupo de población a los 20 pacientes sometidos a cirugía, no considerando una muestra especial referente o numérica ya que abarca todo tipo de cirugía que se realice así como sujetos de la investigación al personal o equipos quirúrgicos en función que laboran en el Hospital de Jesús. Se estima un muestreo no probabilístico utilizando la técnica de censo para considerar todos los eventos programados y no programados dentro de un parámetro de tres meses en el área quirúrgica.



DATOS GENERALES

	IDENTIFICACIÓN	LAVADO DE MANOS	COMUNICACIÓN EFECTIVA	PROFILAXIS ANTIBIOTICA	TOTAL CX
MED 1	1	1	1	0	1
MED 2	1	1	1	1	1
MED 3	0	1	0	1	1
MED 4	1	2	2	1	2
MED 5	0	3	2	3	3
MED 6	3	3	3	3	3
MED 7	3	3	4	4	4
MED 8	5	5	5	3	5
MED 9	9	0	9	7	8
MED10	9	9	9	7	9

Se puede observar que el médico 1: de 1 cirugía que realizó no aplicó la profilaxis antibiótica, el Médico 2: cumplió con las cuatro metas indicadas, el médico 3: de 1 cx que realizó incumplió en la identificación del paciente y en la comunicación efectiva con el equipo multidisciplinario, el médico 4: de 2 cirugías en una no identificó al paciente ni se comunicó con el resto del equipo, Médico 5: de 3 cirugías en ninguna identificó al paciente y le falló la comunicación, médico 6: cumplió con todas las metas durante sus cirugías, Médico 7: de 4 cirugías en una no identificó al paciente y ni se lavó las manos. Médico 8 cumplió con los requisitos necesarios, Médico 9 estuvo presente en 8 cirugías de las cuales no se lavó las manos y no aplicó profilaxis antibacteriana y el médico 9 solo no aplicó antibiótico por que no estaba indicado.



RESULTADOS

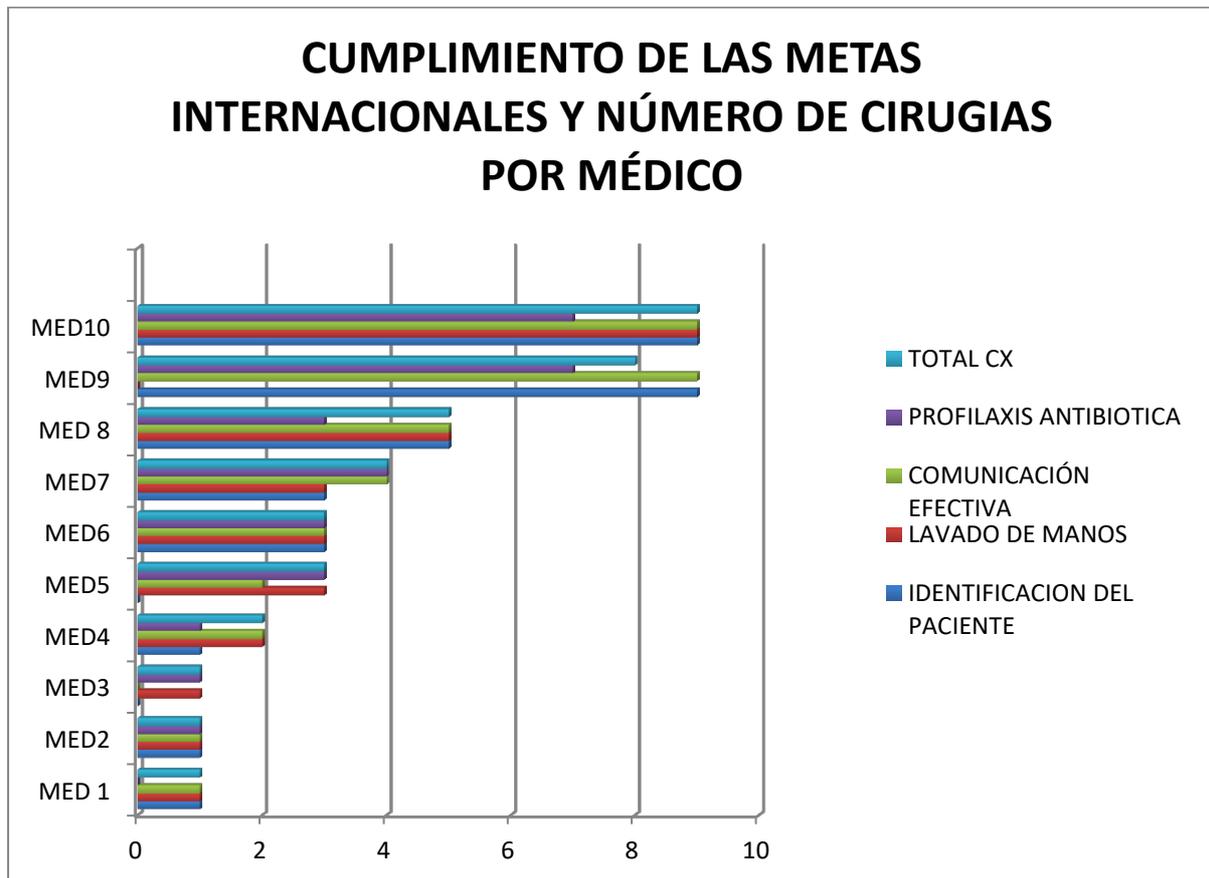
GRÁFICA 1



En esta grafica se observa la asistencia registrada durante las 20 cirugías en el quirófano del Hospital de Jesús desde principios de enero a finales de marzo . Se comprobó que en ningún evento quirúrgico se lleva acabo el *check list* de la hoja de cirugía segura. En ningún procedimiento quirúrgico se realizo el tiempo fuera para el llenado de la hoja, jamás un personal del equipo quirúrgico realizo una pauta para la identificación del paciente, ni procedimiento a realizar.



GRÁFICA 2



Se representa que no todo el equipo quirúrgico realizó al 100% las metas internacionales de acuerdo a las cirugías correspondientes a cada uno.



CONCLUSIONES

Por medio del estudio y observación realizada en el quirófano del Hospital de Jesús se pudo determinar que no tienen el apego a la hoja de cirugía segura debido a que en ningún procedimiento quirúrgico se llevó a cabo. El hospital tampoco cuenta con la hoja de cirugía segura realizada por la Organización Mundial de la Salud.

La hoja de seguridad está basada en las Metas Internacionales y es claro que el equipo quirúrgico no le presta mucha atención a las iniciativas emanadas por las diferentes organizaciones regidoras de salud debido a que dentro del hospital no hay un órgano regulador que las exija como tal.

La mayoría de los médicos entrevistados mencionaron que en el Hospital de Jesús no llevan a cabo el tiempo fuera, pero que en los otros hospitales donde también laboran si las cumplen y las llevan a cabo, y que en la medida de las posibilidades ellos realizan estrategias para la seguridad del paciente pero no se registran.

El personal de salud del Hospital de Jesús conoce la importancia del lavado de manos como lo indica la Norma 045 para la prevención de enfermedades nosocomiales pero aunque tiene este conocimiento no se pudo llevar a cabo en varias ocasiones debido a la infraestructura y recursos del Hospital.

Todos estuvieron de acuerdo que nunca se les ha brindado capacitación acerca de la hoja de seguridad ni de otra índole por parte del hospital de Jesús y que esperan que con las modificaciones para la certificación en el hospital estas capacitaciones se lleven a cabo.



RECOMENDACIONES

La hoja de cirugía segura fue creado para ayudar a los cirujanos en su buena practica en el quirófano y debe ejecutarse de una manera correcta en todas las cirugías, desde la mas sencilla hasta la mas compleja operación. Ya que el *check list* recaba información de utilidad para poder prevenir posibles riesgos de complicación, y garantizar la seguridad del paciente y del equipo multidisciplinario durante su intervención quirúrgica.

Basando en los resultados se propone las siguientes recomendaciones para el mejoramiento del apego de la hoja de seguridad del paciente durante un evento quirúrgico en el Hospital de Jesús.

- Dado que el Hospital de Jesús es un Hospital de segundo nivel y los pacientes que se realizan cirugías la mayoría de ellas selectiva se propone la elaboración de una hoja de cirugía segura o la modificación de la lista proporcionada por la OMS.
- Se propone la capacitación y evaluación de este instrumento para formar un apego a la hoja de cirugía segura dentro del Hospital de Jesús.
- Crear una lista de verificación para antes de cualquier cirugía donde asegure que todo el equipo a utilizar este en su debido funcionamiento.
- Mejorar la comunicación entre todo el equipo quirúrgico esto es enfermeras, cirujanos, anesthesiólogos, camilleros, etc.
- Realizar el “tiempo fuera” en cada evento quirúrgico y llevar acabo el llenado de la hoja de cirugía segura.
- Capacitar al personal con cursos informativos para saber como actuar durante un evento adverso.
- Capacitar al personal involucrado acerca de la importancia de las metas internacionales e invitarlos a cumplirlas.
- Colocar carteles informativos en el área gris y vestidores para tomar una cultura de las metas e indicadores.



BIBLIOHEMERORAFÍA

1. Alianza Mundial para la seguridad del paciente. Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía. Manual de aplicación. Organización Mundial De la Salud 1era edición Francia 2008.
2. Constitución política de los estados unidos mexicanos Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917.
3. Intervenciones preventivas para la seguridad en el paciente quirúrgico. Mexico:secretaria de salud;2013.
4. Hospital General de Soledad. Metas Internacionales de Seguridad del Paciente. Seccion1.2013.
5. Isabel Meneses. Metas internacionales sobre seguridad del paciente. Secretaria de Salud. 2016.
6. Jones Se. Your life in WHO's hands: the world Health Organization Surgical Safety checklist:a critical review of the literatura. J Perioper Pract.2011 aug;21(8):271-4.
7. Javier Rodríguez Suarez. La calidad de la atención a la salud en México. Sistema de Registro Automatizado de Incidentes en Salud(SIRAIIS).
8. NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.
9. NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
10. NORMA oficial Mexican NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención medica especializada.
11. Sánchez, Martin, Miguel, María .Historia de la cirugía, traumatología y ortopedia. Editorial universidad de Valladolid, Valladolid 1982.
12. World Alliance for patient safety. Summary of the evidence on patient safety: Implications for research. WHO 2008.



Fuentes Digitales

13. Ballesteros Masso, R; Gómez Barrena, E; Delgado Martínez, AD. Historia de la Traumatología y Cirugía Ortopédica. Disponible en
 - a. <http://www.ujaen.es/investiga/cts380/historia/resumentexto.htm>.
14. Estrategia mundial de la OMS para contener la resistencia a los antimicrobianos 1999 disponible en http://www.antibioticos.msssi.gob.es/PDF/resist_OMS_estrategia_mundial_contra_resistencias.pdf
15. Enriqueta B, Althse de la T, Alejandro, E M., Evolución de la cirugía: La meta es lograr procedimientos seguros, (2012) revista digital universitaria, disponible en <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num9/art92/index.html>.
16. Gerardo Russo, Responsabilidad en los trabajadores de salud. CONEM. argentina, 2001 disponible en http://www.odontomarketing.com/numeros%20anteriores/ART_17_ENE_2001.htm
17. Jorge A Pérez, Vázquez, (2012), hacia la cultura de la cirugía segura, cirujano general, disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2012/cgs122n.pdf>
18. MedicinamII. Historia de la Cirugía. 2008 Disponible en: http://www.medicinam.com/index.php?option=com_content&view=article&id=276:historia-de-la-cirurgia&catid=18:historia-de-la-medicina&Itemid=69
19. Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad, ESTÁNDARES PARA CERTIFICAR HOSPITALES 2015 | SEGUNDA EDICIÓN. Disponible en: http://www.csg.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/estandares/2aEdicion-EstandaresHospitales2015_SE.pdf
20. Organización Mundial de la Salud 2008 la cirugía segura salva vidas, disponible en: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_brochure_spanish.pdf
21. **Organización Panamericana de Salud, Organización mundial de la Salud. POLÍTICA Y ESTRATEGIA REGIONAL PARA LA GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA, INCLUYENDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. (17 julio del 2007), disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Calidad%20y%20seguridad%20del%20paciente.pdf>**



22. Secretaria de salud, INER, MANUAL DE OPERACIONES DE ANATOMÍA PATOLÓGICA (2025) disponible en : <http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/MOP-SIB-05.pdf>
23. Víctor S. ZeNewton A, Pedro J, Marina G., Andrés C.(2012) Dificultades en la implantación del Check list en los quirófanos de cirugía. Ediciones el Sevier digital Disponible en : <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-dificultades-implantacion-del-check-list-S0009739X11004349>

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

24. La cirugía en la época colonial. Revista medica del Hospital general de México 1993 56:161-165
25. Javier Sanz. Martin ,Aspectos jurídicos de la cirugía segura. Editorial ASJUSA-LETRAMED
26. Alex V, Marcelo L, Claudio L, María J. V, (2012) El papiro de Edwin Smith Y su trascendencia medica y odontológica. Ediciones scielo digital. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012001000020>
27. Winta T., Andrew M., Marie D., Peter J., Martin A.,(2013) Surgical never events in the United States. Ediciones article in press, disponible en: <http://content.hcpro.com/pdf/content/287732.pdf>



ANEXOS

Anexo 1.

FORMULARIO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADO

¿Cual es el nivel de apego de la hoja de cx segura en el Hospital de Jesús?

La presente entrevista tienen como propósito recabar información complementaria a cerca de las percepciones que tiene el personal de quirófano del hospital de Jesús del tema Cirugía Segura. Los datos recabados de dicho instrumento serán para fines de investigación atendiendo a los principios de privacidad del informante y sus comentarios o puntos de vista, guardando total confidencialidad por parte del proyecto y el investigador.

1. De acuerdo con la cruzada nacional por la calidad, uno de sus objetivos fue elevar la calidad de los sistemas de salud en todo el país, ¿cree que se ha cumplido este objetivo?
2. ¿Ha implementado algunas de las acciones para brindar calidad durante la cirugía?
3. ¿Lleva a cabo las estrategias para una cirugía segura?
4. ¿Aplica la profilaxis antibiótica recomendada antes de cada cirugía?
5. ¿Desde su punto de vista considera que las enfermeras y médicos están capacitados y calificados durante un evento adverso?
6. ¿Le ha proporcionado capacitación por parte del hospital constantemente para la prevención de eventos adversos durante la cirugía?
7. ¿Considera usted que el hospital cuente con la infraestructura necesaria dentro del quirófano de acuerdo a los lineamientos de la certificación?
8. ¿Verifica con el paciente el procedimiento que va a realizar antes de la cirugía?
9. ¿Alguna vez ha elaborado la hoja de cirugía segura durante una de sus intervenciones quirúrgicas?
10. ¿Alguna vez a omitido la hoja de cirugía segura?
11. ¿Cual es su percepción respecto al fortalecimiento de la estrategia de cirugía segura en este hospital?



ANEXO 2.

Formato de verificación de la seguridad de la cirugía según la OMS

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía		Organización Mundial de la Salud	Seguridad del Paciente <small>Una alianza mundial para una atención más segura</small>
Antes de la inducción de la anestesia	Antes de la incisión cutánea	Antes de que el paciente salga del quirófano	
(Con el enfermero y el anestesista, como mínimo)	(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)	(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)	
<p>¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?</p> <input type="checkbox"/> Sí	<p><input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función</p>	<p>El enfermero confirma verbalmente:</p> <input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento <input type="checkbox"/> El recuento de instrumentos, gases y agujas <input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente) <input type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos <hr/> <p>Cirujano, anestesista y enfermero:</p> <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?	
<p>¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede	<p><input type="checkbox"/> Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento</p>		
<p>¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?</p> <input type="checkbox"/> Sí	<p><input type="checkbox"/> ¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede		
<p>¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?</p> <input type="checkbox"/> Sí	<p>Previsión de eventos críticos</p> <p>Cirujano:</p> <input type="checkbox"/> ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados? <input type="checkbox"/> ¿Cuánto durará la operación? <input type="checkbox"/> ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?		
<p>¿Tiene el paciente...</p> <p>... Alergias conocidas?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<p>Anestesista:</p> <input type="checkbox"/> ¿Presenta el paciente algún problema específico?		
<p>... Via aérea difícil / riesgo de aspiración?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y hay materiales y equipos / ayuda disponible	<p>Equipo de enfermería:</p> <input type="checkbox"/> ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)? <input type="checkbox"/> ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?		
<p>... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales	<p>¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede		

La presente lista no pretende ser exhaustiva. Se recomienda completarla o modificarla para adaptarla a la práctica local.

Revisado 1 / 2009

© OMS, 2009



ANEXO 3.

Entrevista al equipo quirúrgico del Hospital de Jesús

Ficha descriptiva	El apego del equipo quirúrgico a la hoja de cirugía segura en el Hospital de Jesús. Dr. M.M Médico anesthesiólogo Fecha de entrevista 28-02-17 Elaboración de ficha 14-03-17
Identificación Categoría	
Metas Internacionales	
Identificación correcta del paciente	[... desde mi punto de vista anestésico si cumplo con los requisitos...]
Lavado de manos	[...si...]
Comunicación Efectiva	[... ...]
Profilaxis Antibiótico	[...si habitualmente...]
Infraestructura del quirófano	[...No...]
Se brinda capacitación	[... No...]

Ficha descriptiva	El apego del equipo quirúrgico a la hoja de cirugía segura en el hospital de Jesús. Dr. B.M.A Médico Cirujano Fecha de entrevista 03-03-17 Elaboración de ficha 14 de marzo 2017
Identificación Categoría	
Metas Internacionales	
Identificación correcta del paciente	[...En este hospital no...]
Lavado de manos	[... en todos mis pacientes..]
Comunicación efectiva	
Profilaxis antibiótica	[...No...]



Infraestructura del quirófano	[...no lo se, yo espero que si, de hecho la remodelación del quirófano se hizo de acuerdo a las normas que marca la COFEPRIS, para que cumplamos con todas estas normas...]
Se brinda capacitación	[...nunca...]

Ficha descriptiva	El apego del equipo quirúrgico a la hoja de cirugía segura en el hospital de Jesús.
Identificación Categoría	Dr. M.C.H Médico Cirujano Fecha de entrevista 03-03-17 Elaboración de ficha 14 de marzo 2017
Metas Internacionales	
Identificación correcta del paciente	[... se han estado implementando todas estas cosas ...]
Lavado de manos	[...Si...]
Comunicación efectiva	
Profilaxis antibiótica	[... si ...]
Infraestructura del quirófano	[...Si, ya con el nuevo quirófano que hicieron...]



Ficha descriptiva	El apego del equipo quirúrgico a la hoja de cirugía segura en el hospital de Jesús.
Identificación categoría	Dr. R.S.O Médico cirujano Fecha de entrevista 28-02-17 Elaboración de ficha 14-03-17
Metas Internacionales	
Identificación correcta del paciente	[...sitio seguro y nada mas ...]
Lavado de manos	[...si...]
Comunicación efectiva	
Profilaxis antibiótica	[... medicamento profiláctico ...]
Infraestructura del quirófano	[...si...] [...esta en proceso...]
Se brinda capacitación	[...No, todavía no...]



Ficha descriptiva	El apego del equipo quirúrgico a la hoja de cirugía segura en el hospital de Jesús.
Identificación categoría	Dr. A.S.F.A Médico cirujano
Metas Internacionales	Fecha de entrevista 18-03-17 Elaboración de ficha 18-03-17
Identificación correcta del paciente	[...Siempre, si..]
Lavado de manos	
Comunicación efectiva	
Profilaxis antibiótica	[...Cuando esta indicado si...]
Infraestructura del quirófano	[...No, no los lleva.. aun no los veo pero no creo que se pueda llevar...]
Se brinda capacitación	[...ninguna...]



CONCEPTOS

Anestesia general: a las técnicas utilizadas para provocar hipnosis, amnesia, analgesia, protección neurovegetativa e inmovilidad, con el objetivo de que el paciente tolere los procedimientos médicos o quirúrgicos con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación.

Anestesia regional: a las técnicas utilizadas para provocar insensibilidad temporal al dolor en una región anatómica, para la realización de procedimientos médicos o quirúrgicos con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación.

Atención médica segura: Ausencia de daño como consecuencia de la atención médica, libre de eventos adversos

Bioética: rama de la Ética que se ocupa de promulgar los principios que deberá observar la conducta de un individuo en el campo médico.

Beneficencia: Del latín *beneficencia*, la beneficencia es la virtud de hacer bien.

Cirugía: Especialidad médica que tiene por objeto curar mediante incisiones que permiten operar directamente la parte afectada del cuerpo. (Real Academia Española)

Calidad: Grado en el que un conjunto de características inherentes, cumple con la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita y obligatoria. Organización Internacional de Normalización

Cirugía Mayor: Que comprende las intervenciones más graves, difíciles y peligrosas. (Real Academia Española)

Cirugía Menor: que comprende las intervenciones menos graves, difíciles y peligrosas. (Real Academia Española)

Comorbilidad: La "comorbilidad", también conocida como "morbilidad asociada", es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Nacional Instituto on Drug Abuse.



Estándares: Un estándar es un documento establecido por consenso, aprobado por un cuerpo reconocido, y que ofrece reglas, guías o características para que se use repetidamente. (Project Management institute)

Deontología: ciencia que trata sobre el conjunto de deberes y principios éticos que conciernen a cada profesión, oficio o ámbito laboral.

Evento centinela: Suceso imprevisto, resultado de la atención médica que produce la muerte del paciente, pérdida permanente de una función u órgano o cirugía incorrecta y otro evento considerado como centinela por las políticas del establecimiento, debido a la gravedad que representa.

Evento adverso: Daño resultado de la atención médica y no por las condiciones basales del paciente. Daño imprevisto ocasionado al paciente, como consecuencia del proceso de atención médica y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento del alta médica, o a ambas cosas. Aguirre-Gas H, Vázquez-Estupiñán F, op. cit.

Cuasi falla: Error medico que no produjo un evento adverso porque se detecto a tiempo.

Impericia: Se manifiesta cuando el profesional, técnico o auxiliar, prestador de servicios de atención médica, o el perito médico, carecen de los conocimientos científicos o técnicos y/o de la destreza necesaria para realizar un procedimiento determinado o para emitir una opinión, respectivamente.

Imprudencia: Negligencia que puede acarrear peligro o daño a otras personas y puede considerarse falta o delito dependiendo del resultado que produzca.

Indicador: Expresión numérica de referencia que permite evaluar la estructura, el desempeño y los resultados de los procesos.



Incapacidad: Disminución o pérdida temporal o definitiva de facultades para desarrollar las actividades habituales. CONAMED.

Negligencia: es la omisión, el descuido voluntario y consciente en la tarea cotidiana que se despliega o bien en el ejercicio de la profesión a través de la realización de un acto contrario a lo que el deber que esa persona realiza exige y supone.

vía Definición ABC <http://www.definicionabc.com/salud/negligencia.php>

Sepsis: Es la respuesta inflamatoria sistémica a la infección, cuando no existe infección comprobada o sospecha- da no se puede hablar de sepsis. La infección es el proceso patológico secundario a la invasión de tejido, líquido o cavidad normalmente estéril por microorganismos patógenos.

Quirófano: espacio cerrado completamente, que permite la prestación del servicio quirúrgico por parte de un equipo de profesionales idóneos del área de la salud, con tecnología de punta, para todos los procedimientos que se hacen bajo anestesia general, regional o local y sedación.



ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
CLAVE: 3295-12

