



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE ADULTO Y ANCIANO**



# **PRÁCTICAS SEGURAS DE ENFERMERÍA PARA LA VERIFICACIÓN DE LA PREPARACIÓN PREOPERATORIA EN CIRUGÍA GENERAL**

**Autores:**

Cabrera Bartel, Victoria Soledad  
García Amuz, Silvina  
Garro Castillo, Wendy  
Meliande Rodríguez, Stephanie  
Techera Adán, Yamila Estefani

**Tutores:**

Prof. Adj. María Lourdes Balado Calviño  
Prof. Adj. Marisa Raquel Machado Santarelli

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

**Montevideo, 2017**

## **LISTA DE ABREVIATURAS Y DE SIGLAS**

ASA	American Society of Anesthesiologists
COSEPA	Comisiones de Seguridad del Paciente
DIGESA	Dirección General de la Salud
ECG	Electrocardiograma
FNR	Fondo Nacional de Recursos
IBEAS	Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos
LQV	Lista de Verificación Quirúrgica
MCC	Método de Comparación Constante
MS	Ministerio de Salud.
OMS	Organización Mundial de la Salud
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PDCA	Planear, hacer, verificar, actuar
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud.

## **RESUMEN**

En el marco de la tesis de grado de la Licenciatura en Enfermería, dentro del área seleccionada Seguridad del Paciente, el estudio se enfocó al cuidado preoperatorio. Siendo enfermería quien gestiona gran parte de ellos, los modelos de calidad de atención a los usuarios requieren de una lista de verificación de preparación consensuada y de uso sistematizado que contemple las prácticas seguras.

El objetivo fue elaborar un modelo de instrumento dirigido a la verificación de la preparación preoperatoria en cirugía general basado en las prácticas seguras de enfermería.

Estudio descriptivo, de corte transversal con triangulación cuali-cuantitativa, muestreo no probabilístico a conveniencia, según criterio de expertos; con previa solicitud de consentimiento informado. El abordaje del problema se realizó mediante el método Delphi modificado, por ser una técnica de opinión colectiva de profesionales expertos que no exige rondas de encuentros presenciales.

El resultado obtuvo un promedio del 99% del nivel de acuerdo para el instrumento final. Por lo que se elaboró un modelo de lista de verificación de preparación preoperatoria que incluye las prácticas seguras de enfermería.

Se concluye que se llega a una aproximación de un modelo sistematizado que puede permitir que el instrumento sea insumo para la validación.

**Palabras claves:** Prácticas seguras, Enfermería, Lista de verificación, Preparación preoperatoria

## **INDICE**

Introducción.....	Página 1
Justificación.....	Página 1
Objetivo general .....	Página 5
Antecedentes.....	Página 6
Marco teórico.....	Página 9
Metodología.....	Página 20
Resultados.....	Página 26
Discusión.....	Página 38
Conclusiones.....	Página 46
Referencias bibliográficas.....	Página 48
Bibliografía.....	Página 52
Anexos:	
Anexo 1.....	Página 54
Anexo 2.....	Página 58
Anexo 3.....	Página 64
Anexo 4.....	Página 67
Anexo 5.....	Página 68
Anexo 6.....	Página 71
Anexo 7.....	Página 107

## **INTRODUCCIÓN**

El siguiente trabajo de investigación fue realizado en la Universidad de la República, Facultad de Enfermería plan 93, en el marco del Departamento de Salud del Adulto y Anciano.

El lineamiento asignado para esta investigación estuvo vinculado al área de Seguridad del Paciente, y el grupo de investigación lo enfocó a los cuidados del paciente quirúrgico en la etapa preoperatoria.

Se consideró de suma importancia la elaboración de un modelo de lista de verificación de enfermería preoperatoria, como un sistema de mejora continua de atención del usuario, ya que enfermería es quien gestiona gran parte de los cuidados en esta etapa.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la Lista de Verificación Quirúrgica “es una herramienta sencilla a disposición de los profesionales sanitarios, para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los efectos adversos evitables”.<sup>1</sup>

Fundamentados en este antecedente y relacionado a que en nuestro país no existe una lista sistematizada y consensuada para el uso de enfermería en el momento de la preparación preoperatoria, es que se plantea la confección de un instrumento como forma de prevenir errores que pueden afectar el proceso de atención a la salud-enfermedad de los usuarios.

### **Justificación**

La seguridad de los pacientes supone un programa de salud que establezca en una organización la gestión de cuidados seguros y oportunos a los pacientes, e involucra el establecimiento de sistemas operativos y procesos que reduzcan el riesgo de daño innecesario asociado con la atención sanitaria a un mínimo aceptable.<sup>2</sup>

Según Cometto et. al.<sup>3</sup> “*la asistencia quirúrgica es considerada como un componente esencial de los sistemas de salud de todo el mundo debido a los*

*resultados satisfactorios que propicia y por ser el único recurso disponible para el tratamiento de ciertas enfermedades y la realización de determinados exámenes diagnósticos. Aun así no está exenta de riesgos de causar daño a la salud.”*

En base a la evidencia disponible y las recomendaciones efectuadas por la OMS, una de las medidas posibles a implementar sería un listado de verificación de preparación preoperatoria de enfermería como una herramienta indispensable, para minimizar los posibles riesgos que puede sufrir un paciente previo a un tratamiento quirúrgico. El cumplimiento de este control supone la realización de acciones barreras en cada una de las etapas del cuidado enfermero, cabe decir acciones de prevención del error.

Apoyados en las recomendaciones internacionales, el equipo investigador propuso la elaboración de un modelo de lista de verificación de preparación preoperatoria de enfermería que contempló al paciente quirúrgico en todas las áreas del cuidado preoperatorio.

Esta herramienta al igual que la lista de verificación quirúrgica de la OMS, fue creada con los criterios de uso accesible, bajo costo operativo, útil para la gestión del cuidado del paciente, rápida aplicación, verificación para todo el equipo de salud y un desarrollo dinámico de los cuidados. La finalidad persiguió anticipar sucesos evitables que conlleven a complicaciones peri-operatorias que puedan afectar posteriormente el acto quirúrgico.

Entendemos que la lista de verificación de preparación preoperatoria de enfermería es un registro que recoge una serie de situaciones clínicas, antecedentes, actividades desarrolladas a lo largo del proceso preoperatorio, y que debe ser cumplimentado por escrito por los profesionales sanitarios responsables de la prescripción, realización y/o comprobación de dichas actividades como complemento de la verificación sistemática que se realiza de forma verbal y a través de los registros en la historia clínica.

Consideramos que fue trascendente la elaboración de esta lista de verificación porque no se encuentra sistematizada a nivel nacional. Se pretendió consensuar dicha lista para cuidados de enfermería en la preparación

preoperatoria con el fin de que se transforme en una herramienta administrativa de enfermería a nivel nacional. El método aplicado para sistematizar fue el consenso de expertos en el área quirúrgica y seguridad del paciente independiente del ámbito institucional.

La vulnerabilidad del área problema elegida para investigar radicó en la identificación de la carencia de registros relacionados a los posibles errores que pueden ocurrir en el ejercicio de la profesión en cualquier institución por la falta de herramientas sistematizadas.

Con la aplicación de esta herramienta se pretendió reducir los errores quirúrgicos relacionados a la preparación preoperatoria evitables, como por ejemplo el paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento incorrecto, la suspensión y/o atrasos de cirugías programadas, prevenir infecciones del sitio quirúrgico, caídas e interferencias administrativas en un servicio de cirugía, consolidando de esta manera prácticas seguras que permitirían en el proceso de atención de enfermería gestionar efectiva y eficientemente el cuidado.

La magnitud de esta investigación radicó en la técnica utilizada. Se realizó mediante la consulta a expertos del área de cirugía, block quirúrgico y seguridad del paciente que ejercen su profesión en prestadores públicos y privados de diferentes Departamentos de nuestro país.

La factibilidad del problema se basó en el cambio del diseño metodológico, utilizando para su resolución la opinión de expertos a través del método Delphi modificado. Esto permitió abordar realidades asistenciales, organizacionales y ofertas quirúrgicas diferentes.

Es por tales motivos, que los resultados obtenidos en este estudio, permitirían alcanzar la sistematización y estandarización de una práctica clínica de enfermería de aplicación en el preoperatorio inmediato, que sea común en diferentes ámbitos institucionales, que unifique criterios y mida indicadores del proceso de atención de enfermería a nivel nacional.

En relación a todo lo expresado es que surge la siguiente pregunta problema:

¿Cuáles son las prácticas clínicas de enfermería que deberían ser incluidas en una lista de verificación preoperatoria para fortalecer la seguridad en usuarios que serán sometidos a una cirugía general?



## **OBJETIVO GENERAL**

Elaborar un modelo de instrumento dirigido a la verificación de la preparación preoperatoria en cirugía general basado en las prácticas seguras de enfermería.

## **ANTECEDENTES**

En el año 1934 las compañías constructoras de aviones, Douglas y Boeing, sometieron a prueba dos nuevos modelos de aviones; el de la segunda compañía se accidentó y murieron el piloto y el copiloto.

La investigación demostró que la causa fue un error humano. Esto llevo a la creación de las listas de verificación y ha permitido usar el mismo modelo para volar 1,8 millones de millas, sin tener ningún accidente.<sup>4</sup>

El área de la salud toma como punto de partida esta lista y construye un modelo que permita utilizar todos los conocimientos de los profesionales involucrados, organizando sus cuidados en forma sistematizada, ordenada, coordinada y fomentando la comunicación en el equipo de salud, dirigida a obtener los valores más importantes para el paciente creando una cultura de seguridad que tenga en cuenta todos los pequeños detalles que su omisión o demora en obtención, puedan afectar la evolución segura y satisfactoria de los actos quirúrgicos.<sup>5</sup>

En los centros asistenciales es imprescindible disponer de herramientas que aseguren la disminución de la variabilidad de la práctica clínica, como forma de evitar entornos de trabajo con un alto grado de incertidumbre, que repercute negativamente en la calidad asistencial, mermando la efectividad, la eficiencia y la accesibilidad.<sup>6</sup>

Una de estas herramientas son los protocolos y procedimientos que elaborados de forma sencilla, de fácil y rápida aplicación, siempre orientados a la práctica permiten sistematizar la aplicación de conocimientos y la mejor atención a los pacientes.<sup>7</sup>

A nivel internacional la OMS en el año 2008 lanza su segundo reto mundial por la seguridad del paciente denominada “La cirugía segura salva vidas”, con el objetivo de mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo. Para ello, creó un conjunto básico de normas de seguridad, denominada Lista de Verificación Quirúrgica (LVQ) que puedan aplicarse en todos los Estados Miembros de la OMS.<sup>8</sup>

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.<sup>9</sup>

Según datos de la OMS, la implementación de la LVQ permite salvar hasta medio millón de vidas al año en todo el mundo. De hecho, la OMS ha elaborado un estudio piloto, entre 2008 - 2009 y reveló que la misma redujo el porcentaje de errores evitables de un 35,2% a un 24,3%.<sup>10</sup>

Otros datos indican que un 25% de los pacientes quirúrgicos hospitalizados sufren complicaciones postoperatorias; mientras que la tasa bruta de mortalidad registrada tras la cirugía mayor es del 0,5 – 5%.<sup>11</sup>

Según el estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), realizado en forma colaborativa en el año 2010 entre 58 centros hospitalarios de Latinoamérica (11379 pacientes) pertenecientes a los siguientes cinco países: Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú, se identificó que dentro de los seis errores por atención sanitaria más frecuentes se encontraban las infecciones y las intervenciones quirúrgicas.<sup>12</sup>

A nivel nacional se crea, en el año 2006, por ordenanza ministerial en el ámbito de la Dirección General de la Salud (DIGESA), la Comisión Nacional Asesora de Seguridad del Paciente a la que se le otorgó la responsabilidad de *“diseñar y crear políticas y actividades para la seguridad de los pacientes y prevención del error en medicina.”*

En el marco de la actual reforma Sanitaria, desde el año 2008 se establece en forma obligatoria la creación y funcionamiento de Comisiones Institucionales de Seguridad del Paciente (COSEPA), a nivel público y privado de todo el país.<sup>13</sup>

Todas las Instituciones prestadoras de asistencia integral deberán entonces mantener un Programa de Seguridad del Paciente, promoviendo prácticas seguras y gestionando los riesgos asistenciales para disminuir aquellos que son evitables, dentro de los cuales se encuentra la LVQ promovida por la OMS,

y modificada según las necesidades nacionales en el marco del Tratado de Cooperación Conjunta Costa Rica - Uruguay en el año 2010. La misma se aplica en el ámbito del cuidado peri- operatorio en salas de quirófano.<sup>14</sup>

En relación a la aplicación de una lista de verificación de enfermería dirigida a la preparación preoperatoria del paciente, no se encontró a nivel internacional, regional o nacional ningún instrumento validado. Existe alguna referencia de su uso pero escasa evidencia documentada (tesis de grado 2015)<sup>15</sup> de su aplicación, que oriente a la sistematización de cuidados enfermeros en el proceso preoperatorio. Se conocen relatos de profesionales de enfermería que trabajan en diferentes prestadores de salud y que aplican listas de verificación confeccionadas según las necesidades institucionales.

## **MARCO TEÓRICO**

La **Salud** "Es un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra. En este proceso el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación salud - enfermedad en que se encuentre. La salud es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos" (Facultad de Enfermería, Universidad de la República Oriental del Uruguay, 1993).

El concepto de **Seguridad humana** cobra fuerza a partir de su incorporación y conceptualización en el Informe sobre Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) de 1994, que lo introduce de manera formal en el trabajo de las Naciones Unidas.<sup>16</sup>

Entre los hitos históricos importantes, se menciona la necesidad de un concepto de seguridad que vaya más allá de los intereses del Estado para centrarse en las necesidades de la persona humana. Se proclama que "la libertad, la justicia y la paz del mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana", con lo cual se establece claramente la centralidad del ser humano. (Preámbulo Declaración de los Derechos Humanos, año 2011).

Según Jorge <sup>17</sup> "el tema central de la seguridad humana es la reducción del Nef

riesgo colectivo (y compartido), por medio de análisis, decisiones, prevención y acciones que disminuyan, más allá de sus expresiones sintomáticas, las causas y circunstancias de la inseguridad". Así, la seguridad ya no va aparejada a la noción de fuerza, sino a la de reducción de riesgos y contingencias que afectan a las personas.

"**Enfermería** es una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (persona-familia, grupo poblacional). La capacidad reaccional del Hombre está dada por la lucha continua del mismo por mantener

*su equilibrio con el medio; es una respuesta individual o grupal frente a alteraciones bio-psico-sociales. Enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria". (Facultad de Enfermería, Universidad de la República Oriental del Uruguay, 1993).*

*"Los **modelos de enfermería** tienen un doble significado: son la representación de una realidad que puede denominarse como hecho enfermero, que podría definirse como la manera de llevar a cabo el proceso de cuidar en enfermería, y son propuestas para desarrollar dicho proceso desde las aportaciones de la disciplina enfermera.*

*Los modelos adquieren su verdadero significado cuando se es capaz de trasladarlos a la práctica y probarlos. Es así que se demuestra que la forma de llevar a cabo el proceso de cuidar, guiada por un modelo de enfermería, permite obtener una mayor calidad de vida en las personas a las que se atienden, contribuyendo así a mejorar su nivel de salud.*

*Los conceptos metaparadigmáticos que utiliza **Virginia Henderson** son:*

- *Persona: Ser constituido por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.*
- *Salud: Independencia de la persona en la satisfacción de las catorce necesidades fundamentales.*
- *Entorno: Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo sobre la persona.*
- *Cuidado: Dirigido a suplir los déficits de autonomía del sujeto.*

*Henderson considera que el proceso de cuidarse debe orientar fundamentalmente a la satisfacción de las necesidades básicas o fundamentales de la persona y tratando de conseguir el máximo nivel de independencia para el paciente".<sup>18</sup>*

Independientemente del modelo, **Cuidar** es la epistemología del ser profesional de enfermería, punto de partida de todos ellos. Cuidar es ante todo, un acto de vida en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades

dirigidas a mantener y conservar la vida, y permitir que esta continúe y se reproduzca.

Es un acto individual que uno se da a si mismo cuando adquiere autonomía, pero del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiende a dar en cualquier persona que, temporalmente o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales.

Se puede decir que existen dos tipos de cuidados de naturalezas diferentes:

- Los cuidados de costumbres y habituales, son aquellos relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida. Estos tienen como única función mantener la vida.
- Los cuidados de curación, son aquellos relacionados con la necesidad de curar todo lo que obstaculiza la vida. Están basados en todo tipo de hábitos, de costumbres y/o creencias.<sup>19</sup>

Desde el punto de vista etimológico, “**Calidad**” se origina del término griego Kalos que significa “lo bueno”, “lo apto”, y de la palabra latina qualitatem, que significa “cualidad” o “propiedad”. Según su significado, la calidad estará en función de las expectativas de quien la evalúa o recibe.

Deming plantea en la década del 50 que la calidad significa “*Hacer las cosas bien a la primera y siempre. La calidad tiene como objetivo las necesidades del usuario, presentes y futuras.*”

La calidad se hace “total” cuando involucra a todos los miembros de la organización y a cada uno de sus procesos productivos, en donde “calidad” va a implicar satisfacer las expectativas del cliente y “total” va a evidenciar la participación de todos los miembros de la organización para lograrlo.

Las enseñanzas de Deming sobre el control estadístico de procesos tuvieron un gran impacto a nivel mundial, esto lo convirtió en uno de los principales precursores sobre calidad total, sus principales aportes son el Círculo de

Deming (ciclo PDCA del inglés, Plan-Planear, Do-Hacer, Chec-Verificar y Act-Actuar) y los catorce puntos de la gerencia.

El círculo de Deming se puede usar de dos formas, una es para resolver problemas específicos y la otra es para mejorar procesos vigentes.

Una de las principales ventajas de tener un sistema establecido de mejora continua es que todas las personas que participan en el proceso tienen capacidad de opinar y proponer mejoras, lo que hace que se identifiquen más con su trabajo y quien plantea el problema y propone la mejora, conoce el proceso y lo realiza todos los días. Con el fin de realizar estas mejoras, es que se brindan cuidados de enfermería de calidad.<sup>20</sup>

Avedis Donabedian propuso en 1980 una definición de **Calidad asistencial** que ha llegado a ser clásica y que se formulaba de la siguiente manera: "*Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes*".

Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta. El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos. Por otra parte, el componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual. Finalmente, el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos.<sup>21</sup>

Haciendo referencia a la **Taxonomía de seguridad del paciente**, esta se encuentra relacionada con las creencias y actitudes que asumen las personas en su práctica para garantizar que no experimentará daño asociado a la atención en salud.<sup>22</sup>



Por lo que decimos que la **Seguridad del Paciente** se define como la ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, del riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria.<sup>23</sup>

Esto conlleva a prácticas seguras por parte de todo el equipo de salud mediante un conocimiento adecuado de los riesgos. Debe ser considerado como fundamento esencial y necesario de la buena calidad de la atención sanitaria y debe estar basada en una actitud preventiva y en el análisis y revisión sistemáticos, a partir de los diferentes sistemas de información y de la comunicación de los incidentes por los profesionales sanitarios.

Se debe tener en cuenta que una **Intervención quirúrgica** es un acontecimiento complejo y estresante independientemente de si se realiza de forma electiva o de emergencia.

Debido a esto la OMS en su segundo reto mundial, se basa en un conjunto de patrones de seguridad conocidos como los diez objetivos esenciales para la cirugía segura, estos son:

Objetivo 1: Operar el paciente correcto y en el lugar quirúrgico debido.

Objetivo 2: Utilizar métodos conocidos para impedir daños en la administración de anestésicos, en cuanto que protegen al paciente del dolor.

Objetivo 3: Reconocer y estar efectivamente preparados para actuar ante la pérdida de la vía respiratoria o falla en la función respiratoria que amenace la vida del paciente.

Objetivo 4: Reconocer y estar efectivamente preparados para el riesgo de grandes pérdidas sanguíneas.

Objetivo 5: Evitar la inducción de reacciones adversas a medicamentos, errores de medicación y reacciones alérgicas que sean de riesgo para el paciente.

Objetivo 6: Usar de manera sistemática métodos conocidos para minimizar el riesgo de infección del sitio quirúrgico.

Objetivo 7: Impedir la retención inadvertida de compresas o instrumentos en las heridas quirúrgicas, realizando el conteo de todos los artículos utilizados durante el procedimiento.

Objetivo 8: Mantener seguras e identificar con precisión todas las muestras quirúrgicas (material para anatomía patológica).

Objetivo 9: Comunicarse efectivamente intercambiando y registrando información crítica para la conducción segura de la operación.

Objetivo 10: Establecer vigilancia de rutina en conjunto con los hospitales y los sistemas de salud pública sobre la capacidad, volumen y resultados quirúrgicos.<sup>24</sup>

**La American Society of Anaesthesiologists (ASA)**, formó un comité para estudiar, examinar, experimentar y diseñar un sistema para la colección y tabulación de datos estadísticos en anestesia, que pudiesen ser aplicables bajo cualquier circunstancia para intentar estandarizar y definir lo que se ha considerado "*riesgo quirúrgico*". En 1961 ASA estableció una clasificación que describe el estado preoperatorio de los pacientes según la presencia de determinadas enfermedades. Aunque su finalidad inicial no era establecer grupos de riesgo, posteriormente se comprobó una correlación positiva entre esta clasificación y la mortalidad relacionada con el acto anestésico.

#### Clasificación del estado físico. (ASA)

- I. Paciente sano, con un proceso localizado sin afección sistémica.
- II. Paciente con enfermedad sistémica leve.
- III. Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante.
- IV. Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que constituye una amenaza constante para la vida.
- V. Enfermo moribundo, cuya expectativa de vida no excede las 24 horas, se le realice o no el procedimiento quirúrgico.<sup>25</sup>

En el marco de este trabajo de investigación nos centramos en la **Enfermería pre operatoria**, la que abarca las innumerables tareas de la enfermería relacionadas con la intervención quirúrgica de una persona. Dichas tareas engloban tres fases de la experiencia quirúrgica: preoperatoria, intraoperatorio y posoperatorio. Cada una de estas fases comienza y termina en un momento preciso de una sucesión de hechos que constituyen la experiencia quirúrgica e incluyen actividades asistenciales muy diversas, que la enfermera ejecuta por medio de procedimientos y prácticas que reflejan las normas de su profesión.

Nos centraremos en la fase preoperatoria, la cual comienza cuando se toma la decisión de proceder con la intervención quirúrgica y termina con la transferencia del paciente hacia el quirófano. Previo a esto enfermería realiza los cuidados necesarios para la preparación preoperatoria que incluye:

- Comenzar con una valoración preoperatoria inicial: obtener una valoración de los antecedentes personales y familiares acerca de problemas previos con cirugía o anestesia. Antecedentes de reacciones farmacológicas inusuales.
- Verificar que se han completado las pruebas preoperatorias.
- Verificar que se comprendieron las indicaciones preoperatorias específicas del cirujano (por ejemplo: preparación del intestino, baño preoperatorio).
- Informar de hallazgos inesperados o cualquier desviación de la normalidad.
- Verificar que se ha firmado la autorización para el procedimiento quirúrgico.
- Explicar las fases del periodo quirúrgico y lo que puede esperarse, planificación para el alta.
- Revisar su expediente.
- Identificar a la persona.

- Verificar el sitio quirúrgico.
- Establecer acceso intravenoso.
- Administrar medicamentos, si están prescritos.
- Tomar medidas para asegurar la comodidad del individuo.
- Comunicar el estado emocional del paciente a otros miembros del equipo de salud. (Anexo N°1).

Evitar factores que propician la cancelación de cirugías, compromete a las instituciones a disminuir agentes que afecten la preparación previa al acto quirúrgico, y que puedan crear costos agregados de salud. Se recomienda que los profesionales de salud, gerentes y administrativos de las instituciones prestadoras de salud, rediseñen sus técnicas referidas a planificación de la programación de cirugías, recursos humanos, gestión de materiales e insumos, entre otros, y apliquen métodos de control para estandarizar o corregir los problemas que éstas conllevan.

El **Método Delphi** fue desarrollado en el Centro de Investigación estadounidense RAND Corporation por Olaf Helmer y Theodore J. Gordon, como un instrumento para realizar predicciones sobre un caso de catástrofe nuclear. Desde entonces, ha sido utilizado frecuentemente como una metodología de investigación multidisciplinar para obtener información de pronósticos y predicciones.

*“Método de estructuración de un proceso de comunicación grupal que es efectivo a la hora de permitir a un grupo de individuos, como un todo, tratar un problema complejo”.* Listone y Turoff, 1975.

Su objetivo es la consecución de un consenso basado en la discusión entre expertos. Es un proceso repetitivo. Su funcionamiento se basa en la elaboración de un cuestionario que ha de ser contestado por los expertos. Una vez recibida la información, se vuelve a realizar otro cuestionario basado en el anterior para ser contestado de nuevo. Finalmente el responsable del estudio elaborará sus conclusiones a partir de los datos obtenidos.

El objetivo de los cuestionarios sucesivos, es disminuir la desviación de la opinión del experto, de la opinión del conjunto, precisando la mediana de las respuestas obtenidas. El objetivo del primer cuestionario es calcular la mediana de la opinión en cada variable de estudio. El segundo cuestionario ya reformado suministra a cada experto las opiniones de sus colegas, y abre un debate transdisciplinario, para obtener un consenso en los resultados y una generación de conocimiento sobre el tema.

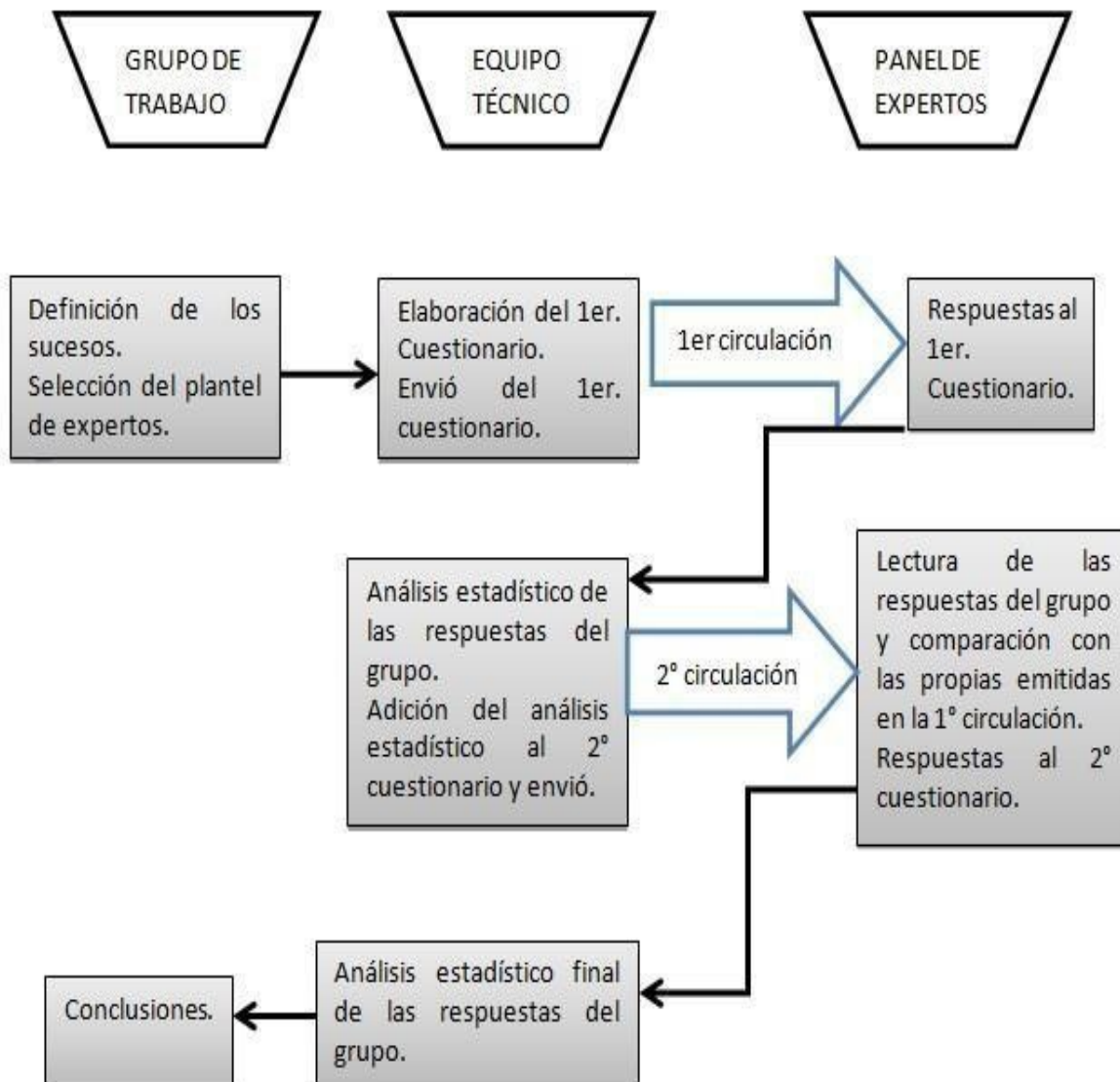
Pretende extraer y maximizar las ventajas que presentan los métodos basados en grupos de expertos y minimizar sus inconvenientes. Se aprovecha la sinergia del debate en el grupo y se eliminan las interacciones sociales indeseables que existen dentro de todo grupo. De esta forma se espera obtener un consenso lo más fiable posible del grupo de expertos.

Por lo tanto, la capacidad de predicción del Delphi se basa en la utilización sistemática de un juicio intuitivo emitido por un grupo de expertos.

Esta metodología tiene las siguientes características:

- Anonimato, ningún experto conoce la identidad del resto del grupo.
- Iteración y realimentación controlada, la iteración se consigue al presentar varias veces el mismo cuestionario. Al presentar los resultados obtenidos con los cuestionarios anteriores, se consigue que los expertos puedan ir modificando su opinión si los argumentos presentados les parecen más apropiados que los suyos.
- Respuesta del grupo en forma estadística: Se presentan todas las opiniones indicando el grado de acuerdo que se ha obtenido.

**Cuadro 1:** Diagrama Proceso Delphi



FUENTE: Pau Queraltó Ros. Investigación en técnicas de análisis cualitativo: el método Delphi. España. Centre de Política de Sòl i Valoracions; 2011.

El **juicio de expertos** se define como *“una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones. También plantean que los expertos pueden estar relacionados por educación similar, entrenamiento, experiencia, entre otros.”* (Escobar, Martínez. 2008).

La  **saturación teórica** es una estrategia metodológica del Método de Comparación Constante (MCC), que busca acercar a los investigadores a la posibilidad de verificación; sin apartarlos de la generación de teoría que es su objetivo central.

El muestreo teórico no tiene un tamaño definido por cálculos probabilísticos sino por criterios teóricos de saturación de las categorías investigadas, hasta que el dato adicional que se recolecta no agrega información significativa a la que ya tiene.

Creswell plantea que el proceso de obtener información es un proceso en zigzag: ir al campo de observación para obtener datos, analizarlos, ir nuevamente al campo, obtener datos y organizarlos. Tantas veces se va al campo como sea necesario hasta que la categoría de información es considerada como saturación.<sup>26</sup>

## **METODOLOGÍA**

- 1- El estudio que se realizó fue descriptivo, de corte transversal con metodología de triangulación cuali-cuantitativa.

El universo de estudio fueron licenciados en enfermería N=3946 (datos obtenidos del último Censo Nacional de Enfermería, 2013).

El tipo de muestreo fue no probabilístico a conveniencia, según criterio de experto. El criterio de experto fue: “Profesionales de enfermería que participan de forma directa e indirecta del cuidado de los pacientes en un servicio de cirugía, con formación quirúrgica y/o seguridad del paciente, con promedio en años de trabajo no menor a cinco, que dominan el tema de estudio y toman decisiones en las estrategias para la mejora de la seguridad del paciente”.

Por tanto según el criterio de experto la muestra quedó conformada por n=37 licenciados de enfermería, con una distribución geográfica que trascendió los límites del departamento de Montevideo.

- 2- La técnica utilizada para el abordaje metodológico fue el juicio de expertos mediante el método Delphi modificado; atendiendo los requisitos del método es que la muestra fue de 37 expertos, ya que pertenecen a diferentes áreas del conocimiento relacionado al tema de investigación.
- 3- En base a la búsqueda bibliográfica avanzada, el marco teórico y los antecedentes se construyó una primera grilla con Operacionalización de las variables (Cuadro 2). A punto de partida de la grilla inicial se confeccionó el primer instrumento para la evaluación de los expertos con respecto a dichas prácticas (Anexo N°2), este se aplicó a través del Método Delphi modificado en su primera ronda.

En primera instancia se realizó la caracterización de la población de expertos utilizando los siguientes criterios: “Rol profesional que desempeña: Licenciado operativo área cirugía, Licenciado operativo área quirófano, Integrante COSEPA, Supervisor, Jefe”; “Formación: En el área de cirugía, En el área de quirófano, En el área de seguridad del paciente” y “Años de ejercicio de rol profesional: 5 a 10 años, 11 a 16 años, Más de 17 años”.



**Cuadro 2:** Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	CATEGORÍA	NIVEL DE MEDICIÓN	
				Primer ronda:	Segunda ronda:
Identificación del paciente	Asociar el nombre y apellido de una persona con la historia clínica, proceso de atención, estudios complementarios.	Métodos utilizados en el proceso operatorio para verificar que la persona coincida con los datos patronímicos que le son propios.	Cualitativa, nominal.	Likert (1 al 5), (1.Totalmente en desacuerdo ; 2.En desacuerdo ; 3.Ni de acuerdo, ni en desacuerdo ; 4.De acuerdo; 5.Totalmente de acuerdo).	Escala: "De acuerdo o en desacuerdo"
Tipo de procedimiento quirúrgico	Es una técnica invasiva o mínimamente invasiva que se aplica en los tejidos corporales y/o cavidades, en la que se produce manipulación de una estructura anatómica, durante la cual los reflejos protectores o la capacidad de cuidados individuales del ser humano están potencialmente comprometidos.	Situación de oportunidad quirúrgica (programada/ urgente) y por especialidad del procedimiento que participa en la preparación preoperatoria.	Cualitativa, nominal.	Likert (1 al 5).	Escala: "De acuerdo o en desacuerdo"
Sitio quirúrgico	Correcta localización anatómica o nivel en donde se realizará el procedimiento quirúrgico.	Usted considera que para la correcta verificación de la marcación del sitio quirúrgico en el preoperatorio es necesario:	Cualitativa, nominal	Likert (1 al 5).	Escala: "De acuerdo o en desacuerdo"

Tipo de anestesia	Técnicas y tecnologías que producen ausencia temporal de la sensibilidad total o parcial del cuerpo con o sin compromiso de conciencia.	Se clasifican en general, regional y local.	Cualitativa, nominal.	Likert (1 al 5).	Escala: "De acuerdo o en desacuerdo"
Consentimiento informado	Documento médico legal mediante el cual el paciente autoriza de forma voluntaria la realización de la intervención quirúrgica.	Obtención del consentimiento informado autorizado por el paciente, familia y/o tutor legal, posterior a la explicación de forma clara y sencilla de la intervención quirúrgica y sus riesgos.	Cualitativa, nominal.	Likert (1 al 5).	Escala: "De acuerdo o en desacuerdo"
Ayuno	Suspensión de la vía oral por un período determinado de tiempo.	Horas de suspensión de la ingesta de cualquier tipo, previo a la cirugía.	Cualitativa, nominal.	Likert (1 al 5).	Escala: "De acuerdo o en desacuerdo"
Preparación de la piel para cirugía	Es la disminución de la cantidad de microorganismos presentes en la piel sin ser lesionada.	Conjunto de cuidados de enfermería dirigidos a la asepsia de la piel y del sitio quirúrgico según recomendaciones vigentes del Ministerio de Salud y Fondo Nacional de Recursos.	Cualitativa, nominal.	Likert (1 al 5).	Escala: "De acuerdo o en desacuerdo"
Tratamientos dirigidos a la preparación preoperatoria	Realización de procedimientos específicos dependientes de enfermería previos a la intervención quirúrgica.	Cumplimiento de todos los tratamientos previo al traslado del paciente al block quirúrgico.	Cualitativa, nominal.	Likert (1 al 5).	Escala: "De acuerdo o en desacuerdo"

Valoración de enfermería	Es la primera fase del proceso de atención de enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base de la toma de decisiones y actuaciones posteriores.	Es la valoración que realiza enfermería en base al modelo teórico sistematizado para el uso institucional y/o del servicio.	Cualitativa, nominal.	Likert (1 al 5).	Escala: "De acuerdo o en desacuerdo"
Antecedentes personales	Recopilación de la información sobre la historia de salud de una persona.	Antecedentes personales sobre alergias, patologías previas médicas y quirúrgicas, estado inmunológico y estudios complementarios.	Cualitativa, nominal.	Likert (1 al 5).	Escala: "De acuerdo o en desacuerdo"
Comunicación efectiva	Intercambio y registro de información crítica para la conducción segura de la preparación preoperatoria.	Reporte escrito y/o verbal del problema identificado para dar solución previa al traslado del paciente al block quirúrgico.	Cualitativa, nominal.	Likert (1 al 5).	Escala: "De acuerdo o en desacuerdo"
Edad	Período de tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha.	Etapa de la vida en la que se encuentra el paciente al momento de la intervención quirúrgica, según la clasificación de la OMS (Lactante, Niño, adulto joven, adulto maduro, adulto mayor y anciano frágil).	Cualitativa, nominal.	Likert (1 al 5).	Escala: "De acuerdo o en desacuerdo"

Sexo	Clasificación de los hombres o mujeres teniendo en cuenta las características anatómicas.	Categorización del paciente teniendo en cuenta la presencia de genitales femeninos y masculinos.	Cualitativa, nominal.	Likert (1 al 5).	Escala: "De acuerdo o en desacuerdo"
------	---	--	-----------------------	------------------	--------------------------------------

El elemento de análisis fue la opinión de los expertos. Desde el punto de vista cuantitativo se midió según la escala de Likert de 1 a 5, siendo: 1-Totalmente en desacuerdo; 2-En desacuerdo; 3-Ni de acuerdo, ni en desacuerdo; 4-De acuerdo; 5-Totalmente de acuerdo. Desde el punto de vista cualitativo se midió utilizando la saturación de unidad dialéctica del concepto prácticas seguras en la preparación preoperatoria de enfermería "Sugerencias: .....".

El período utilizado para la aplicación del instrumento quedó comprendido en Mayo 2017. La recolección de datos utilizó una estrategia mixta, vía auto-administrada online y entrevista personalizada.

- 4- En base al análisis realizado de los resultados obtenidos de la primera ronda, se construyó un modelo de lista de verificación de preparación preoperatoria de enfermería (Anexo N°3), la cual se transformó en el segundo instrumento a ser evaluado por el panel de expertos (segunda ronda del método Delphi modificado).

El elemento de análisis fue la opinión de los expertos respecto a las prácticas seguras en la preparación preoperatoria de enfermería. En esta segunda instancia: desde el punto de vista cuantitativo los expertos debieron opinar si estaban “de acuerdo” o “en desacuerdo” con cada pregunta planteada y desde el punto de vista cualitativo se midió utilizando la saturación de unidad dialéctica del concepto prácticas seguras en la preparación preoperatoria de enfermería “Sugerencias: .....”.

El período utilizado para la aplicación del segundo instrumento quedó comprendido en Julio 2017. La recolección de datos utilizó una estrategia mixta, vía auto-administrada online y entrevista personalizada.

Se estipuló que si cada ítem tenía entre un 90 y 100% “de acuerdo” se alcanzaban niveles de consenso aceptables para el modelo de instrumento confeccionado.

#### 5- Consideraciones éticas y legales de la investigación

Se construyó y aplicó el consentimiento informado en base a la Resolución MS-Poder Ejecutivo-Uruguay). Se garantiza la confidencialidad de acuerdo con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en cuanto a los principios éticos para las investigaciones en seres humanos. (Anexo N°4)

## **RESULTADOS**

### Caracterización de los expertos

**Cuadro 3:** Resultados de la caracterización de los expertos

<b>VARIABLE</b>		<b>RESULTADO (FR%)</b>
Rol profesional que desempeña	Licenciado operativo área cirugía	46%
	Licenciado operativo área quirófano	2%
	Integrante COSEPA	15%
	Supervisor	20%
	Jefe	17%
Formación	En el área de cirugía	47%
	En el área de quirófano	13%
	En el área de seguridad de pacientes	40%
Años de ejercicio de rol profesional	5 a 10 años	60%
	11 a 16 años	16%
	Más de 17 años	24%

FUENTE: Anexo N° 5 (Tablas y gráficas)

*Primera ronda del Método Delphi modificado (DEMOCLI)*

**Cuadro 4:** Resultados cuantitativos de la primera ronda del Método Delphi modificado

VARIABLE		MEDICIÓN	RESULTADO (FR%)
Identificación del paciente	Se debe colocar pulsera identificatoria	Likert 1	0%
		Likert 2	0%
		Likert 3	0%
		Likert 4	<b>11%</b>
		Likert 5	<b>89%</b>
	Se debe interrogar al paciente para verificar el nombre completo	Likert 1	0%
		Likert 2	0%
		Likert 3	0%
		Likert 4	<b>5%</b>
		Likert 5	<b>95%</b>
	Se debe interrogar a la familia	Likert 1	0%
		Likert 2	0%
		Likert 3	<b>22%</b>
		Likert 4	<b>30%</b>
		Likert 5	<b>48%</b>
	Se debe corroborar con la historia clínica	Likert 1	0%
		Likert 2	0%
		Likert 3	0%
		Likert 4	<b>16%</b>
		Likert 5	<b>84%</b>
Verificar todos los datos patronímicos con la pulsera identificatoria	Likert 1	0%	
	Likert 2	0%	
	Likert 3	<b>5%</b>	
	Likert 4	<b>16%</b>	
	Likert 5	<b>79%</b>	
		Likert 1	0%

	Corroborar todo lo anterior previo al traslado a block	Likert 2	0%
		Likert 3	<b>3%</b>
		Likert 4	<b>13%</b>
		Likert 5	<b>84%</b>
Tipo de procedimiento quirúrgico	¿Considera usted que la oportunidad quirúrgica (programada/urgente) debe estar incluida en la lista de verificación preoperatoria?	Likert 1	<b>3%</b>
		Likert 2	0%
		Likert 3	<b>8%</b>
		Likert 4	<b>38%</b>
		Likert 5	<b>51%</b>
	¿Considera usted que la especialidad quirúrgica debe estar incluida en la lista de verificación preoperatoria?	Likert 1	0%
		Likert 2	<b>3%</b>
		Likert 3	<b>22%</b>
		Likert 4	<b>24%</b>
		Likert 5	<b>51%</b>
Sitio quirúrgico	Corroborar con el paciente, familia y/o tutor la intervención quirúrgica a realizar	Likert 1	0%
		Likert 2	<b>5%</b>
		Likert 3	<b>5%</b>
		Likert 4	<b>32%</b>
		Likert 5	<b>58%</b>
	Corroborar con la historia clínica	Likert 1	0%
		Likert 2	<b>3%</b>
		Likert 3	0%
		Likert 4	<b>22%</b>
		Likert 5	<b>75%</b>
Tipo de anestesia	¿Usted considera que es necesario conocer el tipo de anestesia que recibirá el paciente previo a la intervención?	Likert 1	0%
		Likert 2	<b>3%</b>
		Likert 3	<b>3%</b>
		Likert 4	<b>30%</b>
		Likert 5	<b>64%</b>
Consentimiento informado	Previo a la autorización el paciente, familia y/o tutor legal debe ser informado sobre la intervención quirúrgica a realizar	Likert 1	0%
		Likert 2	0%
		Likert 3	0%



		Likert 4	<b>14%</b>
		Likert 5	<b>86%</b>
	Corroborar que el consentimiento se encuentre en la historia clínica firmado	Likert 1	0%
		Likert 2	0%
		Likert 3	0%
		Likert 4	<b>24%</b>
		Likert 5	<b>76%</b>
	Corroborar que el consentimiento corresponda al paciente	Likert 1	0%
		Likert 2	0%
		Likert 3	0%
		Likert 4	<b>16%</b>
Likert 5		<b>84%</b>	
Ayuno	Usted considera que previo a la intervención quirúrgica se debe verificar el ayuno según la prescripción médica	Likert 1	0%
		Likert 2	0%
		Likert 3	0%
		Likert 4	<b>8%</b>
		Likert 5	<b>92%</b>
Preparación de la piel para cirugía	Valoración del estado general de la piel	Likert 1	0%
		Likert 2	0%
		Likert 3	0%
		Likert 4	<b>24%</b>
		Likert 5	<b>76%</b>
	Realizar baño según nivel de dependencia del paciente	Likert 1	0%
		Likert 2	<b>3%</b>
		Likert 3	<b>3%</b>
		Likert 4	<b>30%</b>
		Likert 5	<b>64%</b>
	Realizar el baño seleccionando el jabón según riesgo de infección	Likert 1	<b>5%</b>
Likert 2		<b>11%</b>	
		Likert 3	<b>5%</b>
		Likert 4	<b>28%</b>
		Likert 5	<b>51%</b>
		Likert 1	<b>3%</b>

	Rasurado y/o recorte del vello si corresponde	Likert 2	<b>5%</b>
		Likert 3	<b>8%</b>
		Likert 4	<b>41%</b>
		Likert 5	<b>43%</b>
	Verificar que el paciente cuente con la vestimenta para la cirugía, previo al traslado a block quirúrgico	Likert 1	0%
		Likert 2	0%
		Likert 3	0%
		Likert 4	<b>19%</b>
		Likert 5	<b>81%</b>
Tratamientos dirigidos a la preparación preoperatoria	Cumplimiento de tratamientos médicos prescritos	Likert 1	0%
		Likert 2	0%
		Likert 3	0%
		Likert 4	<b>24%</b>
		Likert 5	<b>76%</b>
Valoración de enfermería	¿Usted considera necesario que se incluya en la lista de verificación de preparación preoperatoria la valoración de enfermería?	Likert 1	0%
		Likert 2	0%
		Likert 3	<b>8%</b>
		Likert 4	<b>22%</b>
		Likert 5	<b>70%</b>
Antecedentes personales	Cuenta con la vigencia de vacunas	Likert 1	0%
		Likert 2	0%
		Likert 3	<b>8%</b>
		Likert 4	<b>27%</b>
		Likert 5	<b>65%</b>
	Tenga conocimiento sobre alergias previas	Likert 1	0%
		Likert 2	0%
		Likert 3	<b>5%</b>
		Likert 4	<b>14%</b>
		Likert 5	<b>81%</b>
	Corroborar presencia de patologías asociadas	Likert 1	0%
		Likert 2	<b>3%</b>
		Likert 3	<b>5%</b>
		Likert 4	<b>24%</b>

	Antecedentes quirúrgicos	Likert 5	<b>68%</b>
		Likert 1	0%
		Likert 2	<b>3%</b>
		Likert 3	<b>8%</b>
		Likert 4	<b>24%</b>
		Likert 5	<b>65%</b>
	Verificar la realización y resultados de exámenes complementarios (paraclínica, ECG, Rx de tórax, ecografía, tomografía, otros)	Likert 1	0%
		Likert 2	0%
		Likert 3	<b>3%</b>
		Likert 4	<b>19%</b>
		Likert 5	<b>78%</b>
	Verificar la realización de interconsultas con especialistas:	Likert 1	0%
		Likert 2	0%
		Likert 3	<b>8%</b>
		Likert 4	<b>19%</b>
Likert 5		<b>73%</b>	
Comunicación efectiva	Pase de guardia	Likert 1	0%
		Likert 2	<b>3%</b>
		Likert 3	<b>5%</b>
		Likert 4	<b>30%</b>
		Likert 5	<b>62%</b>
	Comunicación telefónica	Likert 1	0%
		Likert 2	<b>8%</b>
		Likert 3	<b>36%</b>
Likert 4		<b>32%</b>	

		Likert 5	<b>24%</b>
	Cuaderno de novedades	Likert 1	0%
		Likert 2	<b>5%</b>
		Likert 3	<b>19%</b>
		Likert 4	<b>41%</b>
		Likert 5	<b>35%</b>
	Historia Clínica	Likert 1	0%
		Likert 2	0%
		Likert 3	0%
		Likert 4	<b>19%</b>
		Likert 5	<b>81%</b>
	Uso de herramienta SAER ( Situación del paciente, antecedentes, estado actual y recomendaciones )	Likert 1	<b>3%</b>
		Likert 2	0%
		Likert 3	<b>16%</b>
		Likert 4	<b>27%</b>
		Likert 5	<b>54%</b>
Edad	¿Usted considera que es importante tener en cuenta la edad del paciente en la preparación preoperatoria?	Likert 1	0%
		Likert 2	<b>3%</b>
		Likert 3	<b>8%</b>
		Likert 4	<b>41%</b>
		Likert 5	<b>48%</b>
Sexo	¿Usted considera que es de importancia identificar el sexo del paciente previo a la intervención quirúrgica?	Likert 1	<b>3%</b>
		Likert 2	<b>3%</b>
		Likert 3	<b>16%</b>
		Likert 4	<b>41%</b>
		Likert 5	<b>37%</b>

FUENTE: Anexo N° 6 (Tablas y gráficas)

**Cuadro 5: Resultados cualitativos**

PREGUNTA N°	OBSERVACIONES					
	1	a=0	b=0	c=5 “en caso de deterioro de conciencia”	d=0	E=0
2	A=2 “solo incluir la programada”; “debería constar el diagnóstico y procedimiento a realizar”			B= 1 “las pautas de preparación no dependen de la especialidad quirúrgica”		
3	A=0			B=0		
4	0					
5	A=0		B=1 “debe estar firmado por el paciente y médico tratante”		C=0	
6	0					
7	A=0		B=0	C=2 “se utiliza jabón de clorhexidina al 2%”	D=3 “solo recorte”	E=0
8	0					
9	0					
10	A=0	B=0	C=0	D=0	E=1 “grupo sanguíneo”	F=1 “si corresponde”
11	A=0	B=2 “comunicación solo en casos específicos”		C=0	D=0	E=2 “no se conoce herramienta”; “no se utiliza la herramienta”
12	0					
13	2 “respetar el derecho a la diversidad sexual”					

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

Segunda ronda del Método Delphi modificado (DEMOCLI)

**Cuadro 6: Resultados cuantitativos**

VARIABLE		MEDICIÓN	RESULTADO (FR%)
Identificación del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pulsera identificatoria colocada</li> <li>• Interrogué al paciente para verificar nombre completo</li> <li>• Interrogué a familia y/o cuidador principal en caso de deterioro de conciencia</li> <li>• Corroboré con la historia clínica</li> </ul>	De acuerdo	<b>97%</b>
		En desacuerdo	3%
Tipo de procedimiento quirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía programada</li> <li>• Cirugía urgente</li> <li>• Se realizó preparación preoperatoria según indicaciones</li> </ul> Observaciones: .....	De acuerdo	<b>100%</b>
		En desacuerdo	0%
Sitio quirúrgico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corroboré con paciente, familia y/o cuidador principal la intervención quirúrgica a realizar</li> <li>• Corroboré con la historia clínica</li> </ul>	De acuerdo	<b>97%</b>
		En desacuerdo	3%
Tipo de anestesia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de anestesia: .....</li> </ul>	De acuerdo	<b>97%</b>
		En desacuerdo	3%
Consentimiento informado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente, familia y/o cuidador principal informado sobre la intervención quirúrgica a realizar</li> <li>• Consentimiento informado en la historia clínica firmado por paciente</li> </ul>	De acuerdo	<b>100%</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consentimiento informado en la historia clínica firmado por médico tratante</li> <li>• Corroboré que el consentimiento corresponde al paciente</li> </ul>	En desacuerdo	0%
Ayuno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifiqué ayuno según prescripción medica</li> </ul>	De acuerdo	<b>100%</b>
		En desacuerdo	0%
Preparación de la piel para cirugía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoré estado general de la piel</li> <li>• Realicé baño según nivel de dependencia del paciente</li> <li>• Realicé baño según protocolo y/o pautas del comité de infecciones de la institución</li> <li>• Tratamiento del vello según indicación de protocolo</li> <li>• Verifiqué vestimenta quirúrgica previo al traslado a block quirúrgico</li> </ul>	De acuerdo	<b>97%</b>
		En Desacuerdo	3%
Tratamientos dirigidos a la preparación preoperatoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento de tratamientos médicos prescritos</li> </ul> Observaciones: .....	De acuerdo	<b>100%</b>
		En desacuerdo	0%
Valoración de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspectos a destacar de la valoración de enfermería: .....</li> </ul>	De acuerdo	<b>100%</b>
		En desacuerdo	0%
Antecedentes personales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene vacunas vigentes</li> <li>• Tiene alergias previas conocidas</li> <li>• Tiene patologías crónicas asociadas</li> <li>• Tiene antecedentes quirúrgicos</li> <li>• Verifiqué resultados de exámenes complementarios</li> <li>• Verifique interconsultas con especialistas, si corresponde</li> </ul>	De acuerdo	<b>100%</b>
		En desacuerdo	0%

Comunicación efectiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia clínica</li> <li>• Pase de guardia</li> <li>• Comunicación telefónica</li> </ul>	De acuerdo	<b>97%</b>
		En desacuerdo	3%
Edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad.....</li> </ul>	De acuerdo	<b>100%</b>
		En desacuerdo	0%
Sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo biológico: Femenino</li> <li>Masculino</li> </ul>	De acuerdo	<b>100%</b>
		En desacuerdo	0%

FUENTE: Anexo N° 7 (Tablas y gráficas)



**Cuadro 7: Resultados cualitativos**

<b>PREGUNTA N°</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
1	2= <i>"ítem A y E pueden ir juntos"</i> .
2	2= <i>"cirugía mayor o menor"</i> .
3	1= <i>"Esta información la debe dar el medico al paciente y familia"</i> .
4	1= <i>"es un dato que debe ser dado por los anestesiistas previamente, nunca figura en la historia"</i> .  1= <i>"Si es en sala esta valoración no siempre se sabe"</i> .
5	0
6	1= <i>"ver guía quirúrgica 2017 las recomendaciones OMS, son precisas"</i> .
7	1= <i>"en este punto no pondría la opción B ya que el procedimiento de baño queda descrito en la opción C con más especificidad, o en su defecto las anexaría"</i> .  1= <i>"no estoy de acuerdo dada la evidencia de guía quirúrgica 2016, el tratamiento de la piel debe ser especificado, ustedes confeccionan una guía con lo que más evidencia tiene, dejarlo librado a la institución no me parece oportuno. Ni el tratamiento del vello es una recomendación con evidencia alta"</i> .  5= <i>"Corroborar que no lleven esmalte, alhajas, prótesis dental"</i> .
8	0
9	0
10	1= <i>"especificar a qué es alérgico"</i> .
11	0
12	0
13	0

FUENTE: Instrumento utilizado en la segunda ronda de método Delphi modificado

## **DISCUSIÓN**

### Caracterización de los expertos

Los expertos dieron amplia respuesta a los criterios de selección, debido a los diferentes roles que desempeñan en su área de trabajo y a la formación profesional específica que cada uno posee de su área.

### Primera ronda del Método Delphi modificado (DEMOCLI)

La **pregunta N°1** referida a la identificación del paciente, en los **ítems a, b y d** el total estuvo de acuerdo en sus dos niveles (Lickert 4 y 5) y no realizaron observaciones, con respecto a la colocación de pulsera identificatoria, interrogar al paciente para verificar nombre completo y corroborar con la historia clínica, manteniéndose estas opciones en la lista de verificación de preparación preoperatoria.

En el **ítem c** acerca de interrogar a la familia el 78% estuvieron de acuerdo en sus dos niveles y el resto ni de acuerdo ni en desacuerdo. Teniendo en cuenta las sugerencias realizadas a este ítem se reformuló de la siguiente manera: “Se debe interrogar a la familia y/o cuidador principal en caso de deterioro de la conciencia”.

En los **ítems e y f** el 95% y 97% respectivamente estuvieron de acuerdo en sus dos niveles y el porcentaje restante no estuvo de acuerdo ni en desacuerdo; no hubieron sugerencias por lo que no se realizaron modificaciones en ninguno de los ítems.

Para la **pregunta N°2** en cuanto al tipo de procedimiento, en el **ítem a** el 89% estuvo de acuerdo en sus dos niveles en que se debe considerar la oportunidad quirúrgica en la lista de verificación de preparación preoperatoria y el resto no estuvieron ni de acuerdo ni en desacuerdo. Una de las sugerencias realizadas fue que *“solo se tienen en cuenta las cirugías programadas”*. Con respecto a la búsqueda bibliográfica se sostiene que *“una intervención quirúrgica es un acontecimiento complejo independientemente de si es programada o urgente”* (OMS, 2008) pero además de esto es importante identificar la oportunidad quirúrgica y el riesgo anestésico (ASA) para conocer

el tiempo con el que se cuenta para la preparación preoperatoria. Debido a esto es que el equipo investigador mantiene la verificación del procedimiento quirúrgico programado diferenciado del urgente.

Para el **ítem b**, el 75% estuvieron de acuerdo en sus dos niveles que la especialidad debe estar en la lista de verificación quirúrgica y el 22% ni de acuerdo ni en desacuerdo, además hubo una sugerencia que indica que “no depende de la especialidad quirúrgica, si no del tipo de preparación”. Por lo tanto, se reformuló el ítem: “Preparación preoperatoria según indicación; Observaciones: .....”

**Pregunta N°3** teniendo en cuenta el sitio quirúrgico, en el **ítem a** estuvieron de acuerdo en sus dos niveles un 90% con corroborar con el paciente, familia y/o cuidador principal la intervención quirúrgica a realizar, un 5% ni de acuerdo ni en desacuerdo y un 5% en desacuerdo; no se hicieron sugerencias. Por lo tanto no se realizaron modificaciones.

En el **ítem b** el 97% estuvieron de acuerdo en sus dos niveles con corroborar con historia clínica y un 3% en desacuerdo. No se hicieron sugerencias. Fundamentados en los 10 objetivos del segundo reto mundial de la OMS, el primero de ellos hace referencia a operar el paciente y el lugar quirúrgico correcto. Además la historia clínica es el sistema de información formal y legal; es por esto que se sostiene que se debe tener en cuenta en la preparación la verificación del sitio quirúrgico. Por lo que no se realizaron modificaciones al respecto.

En cuanto a la **pregunta N°4** con referencia al tipo de anestesia un 94% estuvieron de acuerdo en sus dos niveles en que se debe conocer el tipo de anestesia, con un 3% ni de acuerdo ni en desacuerdo y un 3% en desacuerdo. Nuevamente los expertos no realizaron sugerencias y contrastando con marco teórico el tipo de anestesia se debe conocer para disminuir los riesgos anestesiológicos. No se realizaron modificaciones.

La **pregunta N°5** en relación al consentimiento informado, el 100% estuvieron de acuerdo en sus dos niveles en los 3 ítems. En el **ítem b** se realizó una sugerencia de que “el consentimiento informado debe estar firmado por

paciente y médico tratante” por lo que se modifica dicho ítem de la siguiente manera: “b) Consentimiento informado en la historia clínica firmado por paciente; c) Consentimiento informado en la historia clínica firmado por médico tratante”.

En la **pregunta N° 6** con respecto al ayuno, el 100% estuvieron de acuerdo en sus dos niveles con verificar ayuno según prescripción médica. No se realizaron sugerencias al respecto, es por esto que no se modificó la pregunta.

Con respecto a la **pregunta N° 7** en la preparación de la piel en el **ítem a**, el 100% estuvieron de acuerdo sus dos niveles con valorar el estado general de la piel y al no haber sugerencias al respecto, no se modificó dicho ítem.

En **ítem b** un 94% estuvieron de acuerdo en sus dos niveles con realizar baño según nivel de dependencia del paciente, un 3% ni de acuerdo ni en desacuerdo y un 3% en desacuerdo, en este ítem tampoco han realizado sugerencias. Teniendo en cuenta la bibliografía, el baño corporal total es una de las recomendaciones del Ministerio de Salud (MS) y el Fondo Nacional de Recursos (FNR). Por otra parte enfermería es quien valora el nivel de dependencia del paciente. Se mantiene sin modificaciones.

En el **ítem c** un 79% estuvieron de acuerdo en los dos niveles con realizar baño seleccionando el tipo de jabón según riesgo de infección, un 16% en desacuerdo y un 5% ni de acuerdo ni en desacuerdo. Consideramos que la variabilidad de las respuestas de los expertos está asociada a los diferentes servicios donde cada uno ejerce su profesión. Sugirieron “utilizar jabón de clorhexidina al 2%” y teniendo en cuenta los protocolos de los diferentes servicios y las recomendaciones (MS y FNR) se modificó este ítem de la siguiente manera: “Realizar baño corporal según protocolo y/o pautas del comité de infecciones de la institución”.

Con respecto al **ítem d** un 84% estuvieron de acuerdo en sus dos niveles con el rasurado y/o recorte del vello si corresponde, un 8% ni de acuerdo ni en desacuerdo y con el mismo porcentaje en desacuerdo. Las sugerencias que realizaron el 5% fue que “solo recorte”, por lo tanto se modificó dicho ítem: “Tratamiento del vello según indicación de protocolo”.

En el **ítem e** el 100% estuvieron de acuerdo en sus dos niveles, con verificar que el paciente cuente con la vestimenta quirúrgica para la cirugía previo al traslado a block quirúrgico. No se realizaron sugerencias y modificaciones.

En la **pregunta N° 8** el 100% estuvieron de acuerdo en sus dos niveles en relación al cumplimiento de tratamientos médicos prescritos. No se realizaron sugerencias. Se mantiene pregunta.

En cuanto a la **pregunta N°9** el 92% estuvieron de acuerdo en sus dos niveles que se incluya en la lista de verificación de preparación preoperatoria la valoración de enfermería. Teniendo en cuenta el resultado de la opinión de los expertos, los modelos de cuidados enfermeros y que no hubieron sugerencias, el ítem se formuló: “Aspectos a destacar de la valoración de enfermería”.

Con respecto a los antecedentes en la **pregunta N°10**, en el **ítem a** el 92% y **ítem b** el 95% de los expertos estuvieron de acuerdo en sus dos niveles. Sin sugerencias no se realizan modificaciones a los ítems.

En **ítem c** en cuanto a corroborar la presencia de patologías asociadas un 92% estuvieron de acuerdo en sus dos niveles, un 5% ni de acuerdo ni en desacuerdo y un 3% en desacuerdo. No hubieron sugerencias. Fundamentando en el marco teórico, con bases en escala de riesgo anestesiológico (ASA), se utilizan las patologías crónicas asociadas para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos tipos de pacientes. No se modifica el ítem.

En cuanto al **ítem d** antecedentes quirúrgicos un 89% estuvieron de acuerdo en sus dos niveles, un 8% ni de acuerdo ni en desacuerdo y un 3% en desacuerdo. Destacamos la escala de clasificación de complejidad quirúrgica y riesgo de infección, por lo tanto no se realizaron modificaciones.

En el **ítem e** un 97% estuvieron de acuerdo en sus dos niveles en verificar la realización y resultados de exámenes complementarios y un 3% ni de acuerdo ni en desacuerdo. Sugirieron “agregar grupo sanguíneo”, quedando este ítem

de la siguiente manera: “Verificar resultados de exámenes complementarios (paraclínica, grupo sanguíneo, ECG, Rx de tórax, ecografía, tomografía)”.

Con respecto al **ítem f** un 92% estuvieron de acuerdo en sus dos niveles en verificar la realización de interconsultas con especialistas, el restante porcentaje ni de acuerdo ni en desacuerdo y la sugerencia que se realizó fue “si corresponde”. Este ítem quedó de la siguiente manera: “Verificar la realización de interconsultas con especialistas, si corresponde”.

Con respecto a la **pregunta N°11 ítem a**, un 92% estuvieron de acuerdo en sus dos niveles con que el pase de guardia es un medio para el reporte verbal y/o escrito del problema identificado, un 5% ni de acuerdo ni en desacuerdo y un 3% en desacuerdo. No se realizaron sugerencias. Este ítem no se modificó.

En el **ítem b**, en cuanto al reporte a través de la comunicación telefónica un 56% estuvieron de acuerdo en sus dos niveles, un 36% ni de acuerdo ni en desacuerdo y un 8% en desacuerdo. Sugirieron “comunicación solo en casos específicos”. Debido a dichos porcentajes y sugerencias se reformuló el ítem: “Comunicación telefónica en caso de que sea necesario”.

En el **ítem c**, que hace referencia al reporte en el cuaderno de novedades el 76% estuvieron de acuerdo en sus dos niveles, mientras que un 19% ni de acuerdo ni en desacuerdo y un 5% en desacuerdo. Se observó que dicho medio no fue considerado adecuado ya que hay servicios que no lo utilizan como herramienta formal de comunicación, es por esto que este ítem se retiró.

En relación al **ítem d**, al reporte a través de la historia clínica el total de los expertos estuvieron de acuerdo en sus dos niveles y no se realizaron sugerencias, por lo que dicho ítem se mantiene, sin necesidad de modificaciones.

En cuanto al reporte a través de la herramienta SAER, **ítem e**, el 81% estuvieron de acuerdo en sus dos niveles, un 16% ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 3% totalmente en desacuerdo. Sugirieron “no se conoce la herramienta”; “no se utiliza la herramienta en el servicio”. Es por tales motivos

que dicho ítem no aplica para nuestra lista de verificación de preparación preoperatoria, omitiéndolo de la misma.

De acuerdo a los resultados de la pregunta N°11, se modificaron los ítems por orden de prioridad. Quedando la pregunta de la siguiente manera:

“Reporte del problema identificado a través de: a) Historia clínica; b) Pase de guardia; c) Comunicación telefónica en caso de que sea necesario”.

En la pregunta **N°12** la cual hace referencia a la importancia de tener en cuenta la edad del paciente en la preparación preoperatoria, el 89% estuvieron de acuerdo en sus dos niveles, un 8% ni de acuerdo ni en desacuerdo y un 3% en desacuerdo. No se realizaron sugerencias y teniendo en cuenta el marco teórico que hace referencia a que los dos extremos de la vida plantean mayor vulnerabilidad para el traslado y preparación del paciente. Por lo que esta pregunta se mantiene sin modificaciones.

En la **pregunta N°13** donde se pregunta si se considera de importancia la identificación del sexo del paciente previo a la intervención quirúrgica, el 78% respondió que estuvieron de acuerdo en sus dos niveles, un 16% ni de acuerdo ni en desacuerdo y 6% en desacuerdo. Realizaron sugerencias de “respetar el derecho de diversidad sexual”. Respetando este principio, consideramos que el sexo es una forma de contribuir en la disminución de riesgos a la hora de identificar al paciente por su sexo biológico. Debido a esto se modificó la pregunta: “Sexo biológico: Femenino; Masculino”.

### Segunda ronda del Método Delphi modificado (DEMOCLI)

La **pregunta N°1** referida a la identificación del paciente, el 97% estuvieron de acuerdo y el 3% en desacuerdo. Una sugerencia realizada fue que “ítem A y E pueden ir juntos”. Teniendo en cuenta dicha sugerencia se unifican los ítem A y E, quedando de la siguiente manera “Pulsera identificatoria colocada con datos patronímicos verificados”.

La **pregunta N°2** en cuanto al tipo de procedimiento quirúrgico el 100% estuvieron de acuerdo. Una de las sugerencias realizadas fue “cirugía mayor o menor”. No se modificó la pregunta, ya que apunta a conocer los tiempos para la preparación preoperatoria independientemente de si la cirugía es mayor o menor.

La **pregunta N°3** con respecto al sitio quirúrgico el 97% estuvieron de acuerdo y el 3% en desacuerdo. La sugerencia realizada fue “Esta información la debe dar el medico al paciente y familia”. No se realizaron modificaciones ya que la pregunta busca la corroboración del sitio quirúrgico a través de la información que posea el paciente y la historia clínica de la intervención quirúrgica a realizar y no de quien brinde dicha información.

La **pregunta N°4** con referencia al tipo de anestesia un 97% estuvieron de acuerdo y un 3% en desacuerdo. Sugirieron que “es un dato que debe ser dado por los anestesiistas previamente, nunca figura en la historia”; “Si es en sala esta valoración no siempre se sabe”. No se realizaron modificaciones en esta pregunta debido a la importancia de conocer el tipo de anestesia para disminuir sus riesgos.

La **pregunta N°5** en relación al consentimiento informado, el 100% estuvieron de acuerdo. No hubieron sugerencias, por lo que no se realizaron modificaciones.

En la **pregunta N°6** con respecto al ayuno el 97% estuvieron de acuerdo y 3% desacuerdo. La sugerencia realizada fue “ver guía quirúrgica 2017 las recomendaciones OMS, son precisas”; La lista de verificación no constata recomendaciones sobre el ayuno, esto es específico para cada paciente en



particular. Se pretende corroborar solamente el cumplimiento de la preparación por lo cual no se efectúan modificaciones a la lista.

La **pregunta N°7** en la preparación de la piel el 97% estuvieron de acuerdo y el 3% en desacuerdo. Sugirieron “Corroborar que no lleven esmalte, alhajas, prótesis dental”; “no estoy de acuerdo dada la evidencia de guía quirúrgica 2016, el tratamiento de la piel debe ser especificado, ustedes confeccionan una guía con lo que más evidencia tiene, dejarlo librado a la institución no me parece oportuno. Ni el tratamiento del vello es una recomendación con evidencia alta”.

Teniendo en cuenta las sugerencias se agregara en la pregunta un ítem que se formulara de la siguiente manera: “Verifiqué retiro de esmalte, alhajas y prótesis dental”.

La **pregunta N°8** en cuanto al cumplimiento de tratamientos previos a block quirúrgico el 97% estuvieron de acuerdo y el 3% en desacuerdo. No hubieron sugerencias. Por lo que no se realizaron modificaciones.

La **pregunta N°9** con respecto a los aspectos a destacar de la valoración de enfermería el 100% estuvieron de acuerdo. No hubieron sugerencias, no se realizaron modificaciones.

La **pregunta N°10** hace referencia a los antecedentes personales el 100% estuvieron de acuerdo. La sugerencia realizada fue “especificar a qué es alérgico”. Debido a esta sugerencia se modifica el ítem b quedando de la siguiente manera: “Tiene alergias previas conocidas, cuales.....”.

La **pregunta N°11** en el reporte del problema identificado el 97% estuvieron de acuerdo y el 3% en desacuerdo. No hubieron sugerencias, no se realizaron modificaciones.

La **pregunta N°12** la cual hace referencia a la importancia de tener en cuenta la edad del paciente en la preparación preoperatoria el 100% estuvieron de acuerdo. No hubieron sugerencias, por lo que no se realizaron modificaciones.

La **pregunta N°13** con respecto al sexo biológico el 100% estuvieron de acuerdo. No hubieron sugerencias, por lo que no se realizaron modificaciones.

## **CONCLUSIONES**

### *Limitaciones y sesgos del estudio*

- El tiempo que insumió la investigación fue mayor al previsto, dado que se entregó el primer protocolo de investigación a un prestador para la autorización y aprobación del comité de ética para su aplicación y no se obtuvo respuesta al cabo de 4 meses. Por lo que el equipo investigador realizó cambios en el diseño metodológico para dar respuesta a la pregunta problema.
- Se considera un sesgo metodológico dentro de la investigación relacionado a que la muestra de expertos no tuvo una distribución geográfica equitativa según la distribución poblacional de los licenciados en enfermería.

### *Conclusiones del estudio*

La metodología seleccionada permitió el abordaje del problema, siendo sencilla su aplicación y accesible para la obtención de resultados. La estrategia utilizada para la recolección de los datos permitió la participación de expertos a nivel nacional.

En relación a la caracterización del grupo de expertos, se observa que el 60% tiene un periodo de ejercicio profesional entre 5 a 10 años, de todas formas se consideró que este dato no interfirió en los resultados finales ya que la muestra de expertos tiene formación profesional en diversas áreas del cuidado.

El promedio del nivel de acuerdo del segundo instrumento fue de 99%.

Para dar respuesta al objetivo general se elaboró un modelo de lista de verificación de preparación preoperatoria que incluye las prácticas seguras de enfermería.

De esta forma se llega a una aproximación que pueda permitir que el instrumento sea validado por otro equipo investigador.

El resultado final de la investigación es el siguiente:



# LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA PREPARACIÓN PREOPERATORIA EN CIRUGÍA



Fecha: / /

Nombre y apellido: ..... CI: ..... Unidad de internación: .....

Sexo biológico: Femenino ..... Masculino ..... Edad: .....

## TILDE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS

### Identificación del paciente:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pulsera identificatoria colocada con datos patronímicos verificados            | <input type="checkbox"/> Corroboré con la historia clínica                     |
| <input type="checkbox"/> Interrogué al paciente para verificar nombre completo                          | <input type="checkbox"/> Corroboré todo lo anterior previo al traslado a block |
| <input type="checkbox"/> Interrogué a familia y/o cuidador principal en caso de deterioro de conciencia |  |

### Tipo de procedimiento quirúrgico:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cirugía programada                                      | <input type="checkbox"/> Cirugía urgente |
| <input type="checkbox"/> Se realizó preparación preoperatoria según indicaciones |  |

Observaciones: .....

### Sitio quirúrgico:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Corroboré con paciente, familia y/o cuidador principal la intervención quirúrgica a realizar | <input type="checkbox"/> Corroboré con la historia clínica |
|---|--|

### Tipo de anestesia: .....

### Consentimiento informado:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Paciente, familia y/o cuidador principal informado sobre la intervención quirúrgica a realizar | <input type="checkbox"/> Consentimiento informado en la historia clínica firmado por médico tratante |
| <input type="checkbox"/> Consentimiento informado en la historia clínica firmado por paciente                           | <input type="checkbox"/> Corroboré que el consentimiento corresponde al paciente                     |

### Ayuno:

- Verifiqué ayuno según prescripción médica

### Preparación de la piel:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Valoré estado general de la piel  | <input type="checkbox"/> Tratamiento del vello según indicación de protocolo                   |
| <input type="checkbox"/> Realicé baño según nivel de dependencia del paciente                                | <input type="checkbox"/> Verifiqué vestimenta quirúrgica previo al traslado a block quirúrgico |
| <input type="checkbox"/> Realicé baño según protocolo y/o pautas del comité de infecciones de la institución | <input type="checkbox"/> Verifiqué retiro de esmalte, alhajas y prótesis dental                |

### Cumplimiento de tratamientos previos a block quirúrgico:

- Cumplimiento de tratamientos médicos prescritos

### Aspectos a destacar de la valoración de enfermería: .....

### Antecedentes personales:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tiene vacunas vigentes                             | <input type="checkbox"/> Tiene antecedentes quirúrgicos                             |
| <input type="checkbox"/> Tiene alergias previas conocidas.<br>Cuales: ..... | <input type="checkbox"/> Verifiqué resultados de exámenes complementarios           |
| <input type="checkbox"/> Tiene patologías crónicas asociadas                | <input type="checkbox"/> Verifiqué interconsultas con especialistas, si corresponde |

### Reporte del problema identificado a través de:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Historia clínica | <input type="checkbox"/> Pase de guardia | <input type="checkbox"/> Comunicación telefónica |
|---|--|--|

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1 Bermejo Alvarez MA, Cuervo Rodriguez LE, Fernández González B, González Mateos MJ, Jiménez Ortega P, Martínez Menéndez MA, et al. Practicas seguras en el acto quirurgico y los procedimientos de riesgo: listado de verificación . [Internet]. 2010. Disponible en: [http://seguridaddelpaciente.sespa.es/descargas/sespa\\_verificacion\\_quirurgica.pdf](http://seguridaddelpaciente.sespa.es/descargas/sespa_verificacion_quirurgica.pdf) [consulta: 4 ene 2016].
- 2 López Valencia DM, Ríos Villegas SM, Vélez Escobar L. Seguridad del paciente en la prestación de servicios de salud de primer nivel de atención. [Internet]. 2008. Disponible en: [http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/433/1/SeguridadPacientePr\\_estacionServicios.pdf](http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/433/1/SeguridadPacientePr_estacionServicios.pdf) [consulta: 10 mar 2016].
- 3 Cometto MC, Gomez PF, Marcon Dal Sasso GT, Zárate Grajales RA, De Bortoli Cassiani, SH, Falconí Morale C. Enfermería y seguridad de los pacientes. Washignton: OPS; 2011.
- 4 Arrea Baixench C. ¿Ha sido provechoso el uso de listas de chequeo en el ejercicio de la medicina? Acta Méd Costarric [Internet] 2012; 54 (4): 202-3. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022012000400001](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022012000400001) [consulta: 10 abr 2016].
- 5 Red de Enfermería en Seguridad de Pacientes en Uruguay. Historia de la seguridad en Uruguay. [Internet]. 2011. p. 2. Disponible en: <http://www.fenf.edu.uy/Respu/Ultimos%20agregados/Historia%20de%20Seguridad%20en%20Uruguay.pdf> [consulta: 10 abr 2016].
- 6 Olmedo Lucerón MC, Sanchidrián de Blas C, Plá Mestre R, Puente González MD, Rodríguez Pérez P. Sistemática para la protocolización de los cuidados de enfermería. Rev Calidad Asistencia [Internet] 2010; 25 (5): 268-74. p. 269 . Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-sistemica-protocolizacion-los-cuidados-enfermeria-13155588> [consulta: 2 abr

2016].

- 7 Olmedo Lucerón MC, Sanchidrián de Blas C, Plá Mestre R, Puente González MD, Rodríguez Pérez P. Sistemática para la protocolización de los cuidados de enfermería. Rev Calidad Asistencia [Internet] 2010; 25 (5): 268-74. p. 269 . Disponible en:  
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-sistemica-protocolizacion-los-cuidados-enfermeria-13155588> [consulta: 2 abr 2016].
- 8 Moreno Alemán J. Seguridad del paciente en el área quirúrgica: aspectos jurídicos positivos de la implantación del checklist o lista de verificación quirúrgica. Rev CESCO Derecho Consumo. [Internet] 2013; 1 (8): 164-81. p. 164. Disponible en:  
<https://www.revista.uclm.es/index.php/cesco/article/view/412/354> [consulta: 2 abr 2016].
- 9 Organización Mundial de la Salud. La cirugía segura salva vidas. [Internet]. 2008. p. 5. Disponible en:  
[http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl\\_brochure\\_spanish.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf) [consulta: 4 ene 2016].
- 10 Moreno Alemán J. Seguridad del paciente en el área quirúrgica: aspectos jurídicos positivos de la implantación del checklist o lista de verificación quirúrgica. Op. cit. p. 165.
- 11 Muley Montesinos MÁ. Seguridad del paciente en el bloque quirúrgico: una perspectiva enfermera [tesis] [Internet]. 2013. Disponible en:  
<http://repositorio.ual.es:8080/bitstream/handle/10835/2483/Trabajo.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [consulta: 13 ene 2016].
- 12 Organización Mundial de la Salud. IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica, hacia una atención hospitalaria más segura.

[Internet]. 2010. Disponible en:  
[http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf) [consulta: 10 set

2016].

- 13 Red de Enfermería en Seguridad de Pacientes en Uruguay. Historia de la seguridad en Uruguay. [Internet]. 2011. Op. cit. p. 1 .
- 14 Red de Enfermería en Seguridad de Pacientes en Uruguay. Historia de la seguridad en Uruguay. [Internet]. 2011. Op. cit. p. 1.
- 15 Lima N, Peraza B, Pereira R, Pérez V, Toledo M. Uso de paquete de medidas para la transferencia comunicacional del paciente quirúrgico: prestador público, Montevideo, 2015 [tesis]. Montevideo: Facultad de Enfermería, UdelaR; 2015.
- 16 Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). El enfoque de la seguridad humana desde tres estudios de caso. [Internet]. 2011. Disponible en: [http://www.iidh.ed.cr/multic/UserFiles/Biblioteca/IIDHSeguridad/11\\_2011/d31ae\\_043-1976-4d83-86e9-35323eef3393.pdf](http://www.iidh.ed.cr/multic/UserFiles/Biblioteca/IIDHSeguridad/11_2011/d31ae_043-1976-4d83-86e9-35323eef3393.pdf) [consulta: 10 set 2016].
- 17 Nef J. Seguridad humana y vulnerabilidad mutua. En: Rojas Aravena F, Goucha M, eds. Seguridad humana, prevención de conflictos y paz en América Latina y el Caribe. [Internet]. 2002. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001345/134554s.pdf> [consulta: 10 set 2016].
- 18 Benavent Garcés MA, Ferrer Ferrandis E, Francisco del Rey. Fundamentos de enfermería. 2ª ed. Madrid : DAE, 2009.
- 19 Disquisiciones sobre la naturaleza de los cuidados, para comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería. En: Collière MF. Promover la vida. Nueva York: Interamericana; 1993. p. 233-6.
- 20 Alvarado Falcón A. Calidad total. En: de León Fraga J, Bernal Pérez M, González Huerta JL. Administración y mejora continua en enfermería. [Internet].



2012. p 134-56. Disponible en:

[http://www.academia.edu/27743134/Administracion\\_y\\_mejora\\_continua\\_en\\_enf](http://www.academia.edu/27743134/Administracion_y_mejora_continua_en_enf)

[ermeria\\_medilibros](#) [consulta: 9 abr 16].

- 21 Net À, Suñol R. La calidad de la atención. Ponències i Jornades [Internet]. Disponible en: [http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa\\_sunol.pdf](http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf) [consulta: 5 jun 2016].
- 22 Gómez Ramírez O, Arenas Gutiérrez W, González Vega L, Garzón Salamanca J, Mateus Galeano E, Soto Gámez A. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. Cienc Enferm [Internet] 2011; 17( 3 ): 97-111. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000300009](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300009) [consulta: 10 may 2016].
- 23 Organización Mundial de la Salud. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. [Internet]. 2009. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf) [consulta: 24 jun 2016].
- 24 Organización Mundial de la Salud. La cirugía segura salva vidas. Op. cit. p. 11.
- 25 Ojeda González JJ. Elementos predictores en la evaluación del riesgo anestésico por el anestesiólogo. Rev Cuba Anestesiol Reanim [Internet] 2013; 12 (2): 158-68. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-67182013000200007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182013000200007) [consulta: 24 jun 2016].
- 26 Osses Bustingorry S, Sánchez Tapia I, Ibanez Mansilla FM. Investigación cualitativa en educación: hacia la generación de teoría a través del proceso analítico. Estud Pedagóg [Internet] 2006; 32(1): 119-33. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-07052006000100007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052006000100007) [consulta: 17 may 2016].

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Amaya Pérez C, Murrieta Ríos J, Manrique Nava C, Hernández Hernández J. La seguridad del paciente, una preocupación de enfermería quirúrgica. Rev Paraninfo Digital [Internet] 2012; 16. Disponible en: [https://lookaside.fbsbx.com/file/art%20cient%20.pdf?token=AWwzSv0YNdQGbFN5hc5gaQi5ayDlVlluEuwJWB2KfYhmQwJLjCLQBitohjTtRJQC3\\_Ro-C8tBexwIXtZtggQFg7KyyxXMqHa3O2eYmwuV0iUKJr7yXG6UB-Gb6xwLqv5Gq092yrZ9jsPslxIFQ9oH93f](https://lookaside.fbsbx.com/file/art%20cient%20.pdf?token=AWwzSv0YNdQGbFN5hc5gaQi5ayDlVlluEuwJWB2KfYhmQwJLjCLQBitohjTtRJQC3_Ro-C8tBexwIXtZtggQFg7KyyxXMqHa3O2eYmwuV0iUKJr7yXG6UB-Gb6xwLqv5Gq092yrZ9jsPslxIFQ9oH93f) [consulta: 13 ene 2016].
- Arribalzaga EB, Lupica L, Delor SM, Ferraina PA. Implementación del listado de verificación de cirugía segura. Rev Argent Cir [Internet] 2012; 102(1-3): 12-6. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/racir/v102n1/v102n1a02.pdf> [consulta: 13 ene 2016].
- Eneko Astigarraga. El método Delphi. [Internet]. 2011. Disponible en: [http://www.academia.edu/1778723/El\\_m%C3%A9todo\\_delphi](http://www.academia.edu/1778723/El_m%C3%A9todo_delphi) [consulta: 9 nov 2016].
- González Acero MT. Lista de verificación de seguridad de la cirugía, un paso más hacia la seguridad del paciente [tesis] [Internet]. 2012. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2473/GonzalezAceroM.pdf> [consulta: 13 ene 2016].
- Mérida De la Torre FJ, Moreno Campoy EE. Fundamentos de seguridad del paciente: análisis y estrategias en el laboratorio clínico. Madrid: Médica Panamericana; 2012.
- Smeltzer SC, Bare BG. Brunner y Suddarth: enfermería médico quirúrgica. 10a. ed. Mexico: Mc Graw Hill; 2007. v 1.
- Reglamentación Profesión de enfermería. Ley 18.815 de 30 de septiembre de 2011. [Internet]. Uruguay. Disponible en: Disponible en:

<http://www.msp.gub.uy/institucional/ley-n%C2%BA-18815-profesi%C3%B3n-de-enfermer%C3%AD> [consulta: 13 may 2016].

- Reyes Cintas F, Sánchez Reyes S, Jiménez Rodríguez A, Egea Palomo AI, Carrascosa Recuero AI, Altozano Yuste MÁ. Check list quirúrgica. [Internet]. 2010. Disponible en: <http://studylib.es/doc/6375030/check-list-quirurgico> [consulta: 16 mar 2016].
- Queraltó Ros P. Investigación en técnicas de análisis cualitativo: el método Delphi. [Internet]. 2011. Disponible en: [https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2117/15352/report5\\_PauQueralto.pdf](https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2117/15352/report5_PauQueralto.pdf) [consulta: 9 nov 2016].

## **ANEXOS**

### **Anexo N° 1**

#### **Actividades de enfermería preoperatorias**

- Preparación para la cirugía

Consentimiento informado: a fin de que se lleve a cabo la operación, es necesario obtener por escrito la autorización del paciente con conocimientos y en forma voluntaria. Tal permiso escrito protege al enfermo contra intervenciones no autorizadas y al cirujano contra demandas de una operación que no se había permitido, se acatan principios médicos, éticos y legales firmes.

- Criterios para el consentimiento informado válido:

Consentimiento voluntario: el consentimiento valido debe darse libremente sin coerción.

Paciente incompetente: definición legal: individuo que no es autónomo y no puede dar o rehusar el consentimiento (por ej: personas con retraso mental, enfermedad mental o en estado de coma).

Sujeto informado: el consentimiento informado debe ser por escrito y contener la siguiente información:

- Explicación del procedimiento y sus riesgos
- Descripción de beneficios y alternativas
- Oferta para responder a preguntas acerca del procedimiento
- Instrucciones de que el paciente puede retirar el consentimiento
- Una declaración que informe al paciente si el protocolo diferirá del procedimiento acostumbrado.

Paciente capaz de comprender: la información debe ser por escrito y comunicarse en un lenguaje comprensible para el paciente. Deben

responderse las preguntas para facilitar la comprensión si el material es confuso.

Si la persona requiere información adicional para tomar una decisión, enfermería debe notificar al médico. Además debe asegurarse que la autorización se ha firmado antes de administrar medicación psicoactiva, ya que la misma afecta el juicio y capacidad de tomar decisiones. El consentimiento informado se obtiene cuando:

- El procedimiento es cruento; por ejemplo, una incisión quirúrgica, biopsia, cistoscopia o paracentesis.
- Se usan sedantes, anestésicos o ambos.
- Se efectúa una técnica no quirúrgica en que los riesgos son de mediana a gran magnitud, como una arteriografía.
- Se utiliza una técnica que requiere irradiación.

El paciente firma personalmente el permiso para la operación si es legalmente competente en cuanto a edad y a facultades mentales. Cuando se trata de un menor de edad, esta inconsciente o es incompetente, hay que obtenerlo de un familiar responsable.

### **Medidas preoperatorias generales de enfermería**

- Control de nutrición y líquidos:

La finalidad principal de impedir el consumo de alimentos y líquidos antes de la cirugía consiste en prevenir aspiración.

Las recomendaciones dependen de la edad del paciente y tipo de alimento ingerido.

- Preparación del intestino para la cirugía

No es común que se indiquen enemas preoperatorios a menos que la persona se vaya a someter a cirugía abdominal, pélvica, o que se someta a estudios digestivos. Los motivos de su realización son permitir una visualización adecuada del sitio quirúrgico y prevenir traumatismos al intestino o

contaminación accidental del peritoneo por heces, además pueden prescribirse antibióticos para la flora bacteriana.

- Preparación de la piel

El objetivo de la preparación preoperatoria de la piel es disminuir el número de bacterias sin lesionarla. El individuo puede utilizar un jabón germicida para limpiar la piel durante varios días antes de la operación, con lo que disminuye el número de microorganismos en ella.

Si se debe eliminar el vello del sitio quirúrgico esto se hace inmediatamente antes de la operación.

### **Medidas de enfermería en el preoperatorio inmediato**

El paciente se viste con una bata de hospital que se deja sin anudar y abierta en la espalda. El cabello debe cubrirse con un gorro desechable.

Se revisa la boca y se retiran las prótesis dentales ya que pueden desplazarse a la faringe durante la inducción de la anestesia y producir obstrucción respiratoria.

En el quirófano no se utilizan joyas. Los artículos de valor deben entregarse a un familiar o se etiquetan con el nombre y se guardan en un lugar seguro.

- Administración de medicamentos previos a la anestesia

Si se administran medicamentos previos a la anestesia, la persona debe permanecer en cama con las barandas elevadas porque el medicamento puede causar mareo o adormecimiento. Enfermería debe valorar posibles efectos adversos.

- Transporte a la sala preoperatoria

El individuo es llevado a la sala de espera o área preoperatoria en una cama o camilla preparada. La camilla debe ser lo más cómoda posible, con abrigo para que la persona no se enfríe.

La seguridad del paciente en la sala preoperatoria es prioritaria. El proceso para verificar la identificación del paciente, el procedimiento quirúrgico y el sitio



quirúrgico maximiza su seguridad y permite cualquier identificación e intervención oportuna si surgen discrepancias.

Las prácticas quirúrgicas pueden desencadenar errores; el **error en cirugía** debe entenderse como aquel que sucede en el campo de esta especialidad, que es cometido durante el proceso de atención quirúrgica, incluye los errores del cirujano individual, siendo vinculados al juicio quirúrgico y los de índole técnica. Por otro lado los errores pueden ser sistémicos, son atribuibles al sistema u organización en todos sus niveles (equipo, sector, sección, servicio, institución, región).

## Anexo N° 2



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CÁTEDRA DE ADULTO Y ANCIANO



### **“Prácticas seguras de enfermería para la verificación de la preparación preoperatoria en cirugía general ”**

Estimado/a profesional

Este estudio responde a la Tesis Final de Grado de la Licenciatura de Enfermería; el mismo es tutorado por las Profs. Adjs Lourdes Balado y Marisa Machado.

El grupo investigador pretende conocer las prácticas seguras de enfermería para elaborar un instrumento de verificación dirigido a la preparación preoperatoria en cirugía general.

Usted fue seleccionado a participar en el estudio por ser considerado experto en el tema. La metodología que se aplicará para el análisis será el Método Delphi Modificado de consenso de jueces.

La encuesta es anónima y voluntaria, requerimos para la aplicación de su consentimiento informado (puede enviar el consentimiento con firma scaneada y documento pdf).

Agradecemos su colaboración.

N° de Formulario.....

#### **Caracterización de los expertos**

**A-** ¿Cuál es el rol profesional que usted desempeña? Marque con una X lo que corresponda

Licenciado operativo área cirugía	
Licenciado operativo área quirófano	
Integrante COSEPA	
Supervisor	
Jefe	

**B-** ¿Ha realizado usted cursos de formación específica? Marque con una X lo que corresponda

En el área de cirugía	SI	NO
En el área de quirófano	SI	NO
En el área de seguridad de pacientes	SI	NO

**C-** Indique ¿cuánto años lleva ejerciendo su rol profesional?.....

Estimado experto a continuación la encuesta, utilizará dos escalas de medición:

**Escala de Likert Marque con una "x" la opción que considere correcta**

Totalmente en desacuerdo	1
En desacuerdo	2
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	3
De acuerdo	4
Totalmente de acuerdo	5

**Ítem: "Sugerencias" : agregue su opinión según entienda pertinente**

**1. Para identificar al paciente usted considera que:**

- a) Se debe colocar pulsera identificatoria

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- b) Se debe interrogar al paciente para verificar el nombre completo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- c) Se debe interrogar a la familia

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- d) Se debe corroborar con la historia clínica

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- e) Verificar todos los datos patronímicos con la pulsera identificatoria

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- f) Corroborar todo lo anterior previo al traslado a block

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Sugerencias:**

**2. En cuanto al tipo de procedimiento quirúrgico:**

- a) ¿Considera usted que la oportunidad quirúrgica (programada/urgente) debe estar incluida en la lista de verificación preoperatoria?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- b) ¿Considera usted que la especialidad quirúrgica debe estar incluida en la lista de verificación preoperatoria?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Sugerencias.**

**3. Teniendo en cuenta el sitio quirúrgico:**

Usted considera que para la correcta verificación de la marcación del sitio quirúrgico en el preoperatorio es necesario:

- a) Corroborar con el paciente, familia y/o tutor la intervención quirúrgica a realizar

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- b) Corroborar con la historia clínica

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Sugerencias.**

**4. Haciendo referencia al tipo de anestesia:**

¿Usted considera que es necesario conocer el tipo de anestesia que recibirá el paciente previo a la intervención?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Sugerencias:**

**5. En relación al consentimiento informado usted considera que:**

- a) Previo a la autorización el paciente, familia y/o tutor legal debe ser informado sobre la intervención quirúrgica a realizar

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- b) Corroborar que el consentimiento se encuentre en la historia clínica firmado

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- c) Corroborar que el consentimiento corresponda al paciente

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Sugerencias.**

**6. Con respecto al ayuno:**

Usted considera que previo a la intervención quirúrgica se debe verificar el ayuno según la prescripción médica:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Sugerencias.

**7. Considera importante tener en cuenta en la preparación de la piel:**

a) Valoración del estado general de la piel

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

b) Realizar baño según nivel de dependencia del paciente

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

c) Realizar el baño seleccionando el jabón según riesgo de infección

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

d) Rasurado y/o recorte del vello si corresponde

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

e) Verificar que el paciente cuente con la vestimenta para la cirugía, previo al traslado a block quirúrgico

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Sugerencias.

**8. En relación al cumplimiento de todos los tratamientos previos al traslado del paciente al block quirúrgico**

Usted considera necesario verificar:

- Cumplimiento de tratamientos médicos prescritos

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Sugerencias.

**9. En cuanto a la valoración de enfermería:**

¿Usted considera necesario que se incluya en la lista de verificación de preparación preoperatoria la valoración de enfermería?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Sugerencias.

**10. Con respecto a los antecedentes personales:**

Considera necesario verificar previo al traslado a block que el paciente:

- a) Cuenta con la vigencia de vacunas

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- b) Tenga conocimiento sobre alergias previas

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- c) Corroborar presencia de patologías asociadas

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- d) Antecedentes quirúrgicos

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- e) Verificar la realización y resultados de exámenes complementarios (paraclínica, ECG, Rx de tórax, ecografía, tomografía, otros)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- f) Verificar la realización de interconsultas con especialistas:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Sugerencias.**

**11. Usted considera que los medios para el reporte verbal y/o escrito del problema identificado deben ser:**

- a. Pase de guardia

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- b. Comunicación telefónica

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- a) Cuaderno de novedades:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

d) Historia clínica:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

e) Uso de herramienta SAER ( Situación del paciente, antecedentes, estado actual y recomendaciones )

--	--	--	--	--

Sugerencias: 1 2 3 4 5

12. ¿Usted considera que es importante tener en cuenta la edad del paciente en la preparación preoperatoria?

--	--	--	--	--

Sugerencias: 1 2 3 4 5

13. ¿Usted considera que es de importancia identificar el sexo del paciente previo a la intervención quirúrgica?

--	--	--	--	--

Sugerencias:  
1 2 3 4 5

Anexo N° 3

**LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA PREPARACIÓN PREOPERATORIA EN CIRUGÍA**

Fecha: / /

Nombre y Apellido: ..... C.I. : .....

Unidad de internación: .....

Sexo biológico: Femenino  Masculino

DE ACUERDO \_\_\_ EN DESACUERDO \_\_\_ Sugerencias: \_\_\_\_\_

Edad: ..... DE ACUERDO \_\_\_ EN DESACUERDO \_\_\_ Sugerencias: \_\_\_\_\_

TILDE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS

**1. Identificación del paciente:**

- a) Pulsera identificatoria colocada
- b) Interrogué al paciente para verificar nombre completo
- c) Interrogué a familia y/o cuidador principal en caso de deterioro de conciencia
- d) Corroboré con la historia clínica
- e) Verifiqué todos los datos patronímicos con la pulsera identificatoria
- f) Corroboré todo lo anterior previo al traslado a block

DE ACUERDO \_\_\_ EN DESACUERDO \_\_\_ Sugerencias: \_\_\_\_\_

**2. Tipo de procedimiento quirúrgico:**

- a) Cirugía programada   
Cirugía urgente
- b) Se realizó preparación preoperatoria según indicaciones

Observaciones: .....

DE ACUERDO \_\_\_ EN DESACUERDO \_\_\_ Sugerencias: \_\_\_\_\_

**3. Sitio quirúrgico:**

- a) Corroboré con paciente, familia y/o cuidador principal la intervención quirúrgica a realizar
- b) Corroboré con la historia clínica

DE ACUERDO \_\_\_ EN DESACUERDO \_\_\_ Sugerencias: \_\_\_\_\_



**4. Tipo de anestesia:**

Tipo de anestesia: .....

**DE ACUERDO**\_\_\_**EN DESACUERDO**\_\_\_ **Sugerencias:** \_\_\_\_\_

**5. Consentimiento informado:**

- a) Paciente, familia y/o cuidador principal informado sobre la intervención quirúrgica a realizar
- b) Consentimiento informado en la historia clínica firmado por paciente
- c) Consentimiento informado en la historia clínica firmado por médico tratante
- d) Corroboré que el consentimiento corresponde al paciente

**DE ACUERDO**\_\_\_**EN DESACUERDO**\_\_\_ **Sugerencias:** \_\_\_\_\_

**6. Ayuno:**

Verifiqué ayuno según prescripción medica

**DE ACUERDO**\_\_\_**EN DESACUERDO**\_\_\_ **Sugerencias:** \_\_\_\_\_

**7. Preparación de la piel:**

- a) Valoré estado general de la piel
- b) Realicé baño según nivel de dependencia del paciente
- c) Realicé baño según protocolo y/o pautas del comité de infecciones de la institución
- d) Tratamiento del vello según indicación de protocolo
- e) Verifiqué vestimenta quirúrgica previo al traslado a block quirúrgico

**DE ACUERDO**\_\_\_**EN DESACUERDO**\_\_\_ **Sugerencias:** \_\_\_\_\_

**8. Cumplimiento de tratamientos previos a block quirúrgico:**

Cumplimiento de tratamientos médicos prescriptos

Observaciones: .....

**DE ACUERDO**\_\_\_**EN DESACUERDO**\_\_\_ **Sugerencias:** \_\_\_\_\_

**9. Aspectos a destacar de la valoración de enfermería:**

**DE ACUERDO**\_\_\_**EN DESACUERDO**\_\_\_ **Sugerencias** \_\_\_\_\_

**10. Antecedentes personales:**

- a) Tiene vacunas vigentes
- b) Tiene alergias previas conocidas  cuales.....
- c) Tiene patologías crónicas asociadas

- d) Tiene antecedentes quirúrgicos
- e) Verifiqué resultados de exámenes complementarios
- f) Verifique interconsultas con especialistas, si corresponde

**DE ACUERDO**\_\_\_**EN DESACUERDO**\_\_\_ **Sugerencias:** \_\_\_\_\_

**11. Reporte del problema identificado a través de:**

- a) Historia clínica
- b) Pase de guardia
- c) Comunicación telefónica

**DE ACUERDO**\_\_\_**EN DESACUERDO**\_\_\_ **Sugerencias:** \_\_\_\_\_

**HOJA DE INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE PARA EL  
CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO**

**TÍTULO: Prácticas seguras de Enfermería para la verificación de la preparación preoperatoria en cirugía.**

Estimado PARTICIPANTE,

Este estudio de investigación responde a un requisito curricular para acceder al Trabajo Final de Investigación de la Carrera Licenciatura en Enfermería Plan 1993 UdelaR.

El objetivo es identificar las prácticas seguras de enfermería que orienten al diseño de un instrumento sistematizado dirigido a la verificación de la preparación preoperatoria en cirugía.

Los procedimientos para la recopilación de datos que serán utilizados en la investigación, se adjuntan al instrumento del estudio.

Dando cumplimiento a la resolución elaborada por la Comisión Nacional de Bioética y Calidad Integral de Atención a la Salud del SNIS, el Decreto N° 379/08 de la R.O.U. (Investigación en seres humanos), la Declaración Universal de Derechos Humanos de la ONU, la Declaración de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO y la Declaración de Helsinki, se le informa que:

- Usted tiene la libertad de retirar el consentimiento en cualquier momento.
  - Puede dejar de participar en este estudio sin ningún perjuicio, ni riesgo.
- Tiene la garantía de que no va a ser identificado (a) y toda la información aportada será confidencial.
- Que se mantendrán todos los preceptos éticos y legales durante y después de la recopilación de los datos.
- El compromiso de que tiene acceso a la información en todas las fases del trabajo y los resultados.

Investigadores: Cabrera Bartel, Victoria Soledad 4.410.724-4, García Amuz, Silvina 4.299.658-6, Garro Castillo, Wendy 4.662.912-1, Meliande Rodríguez, Stephanie 5.425.873-2, Techera Adán, Yamila Estefani 5.022.466-4

## Anexo N° 5

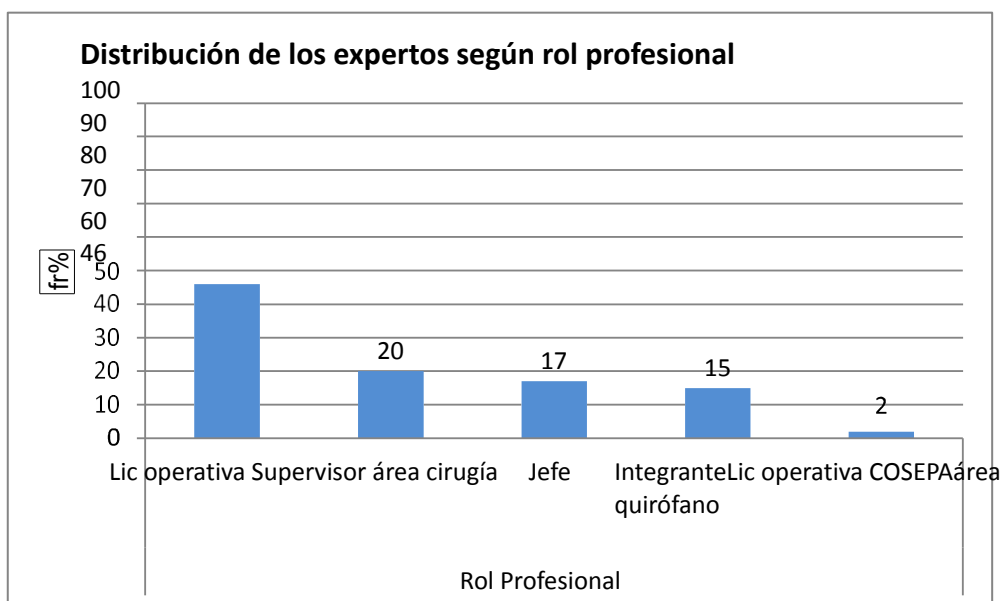
### TABLAS Y GRAFICAS CARACTERIZACIÓN DE LOS EXPERTOS

**Tabla N°1:** Rol profesional

<b>Rol Profesional</b>	<b>fa</b>	<b>fr</b>	<b>fr%</b>
Lic operativa área cirugía	19	0.46	46
Supervisor	8	0.20	20
Jefe	7	0.17	17
Integrante COSEPA	6	0.15	15
Lic operativa área quirófano	1	0.02	2
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N°1:** Distribución de los expertos según rol profesional



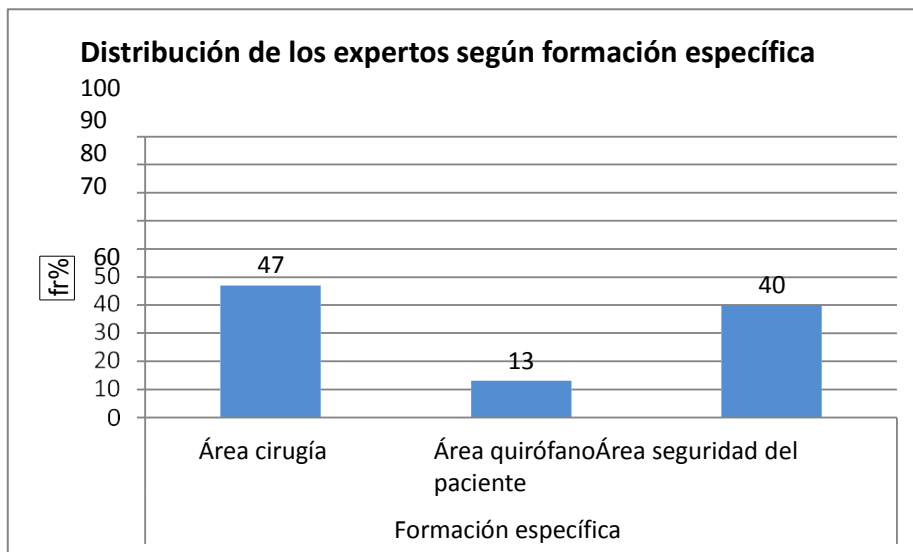
FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Tabla N°2:** Formación específica

<b>Formación específica</b>	<b>fa</b>	<b>fr</b>	<b>fr%</b>
Área cirugía	24	0.47	47
Área quirófano	7	0.13	13
Área seguridad del paciente	21	0.40	40
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N°2:** Distribución de los expertos según formación específico



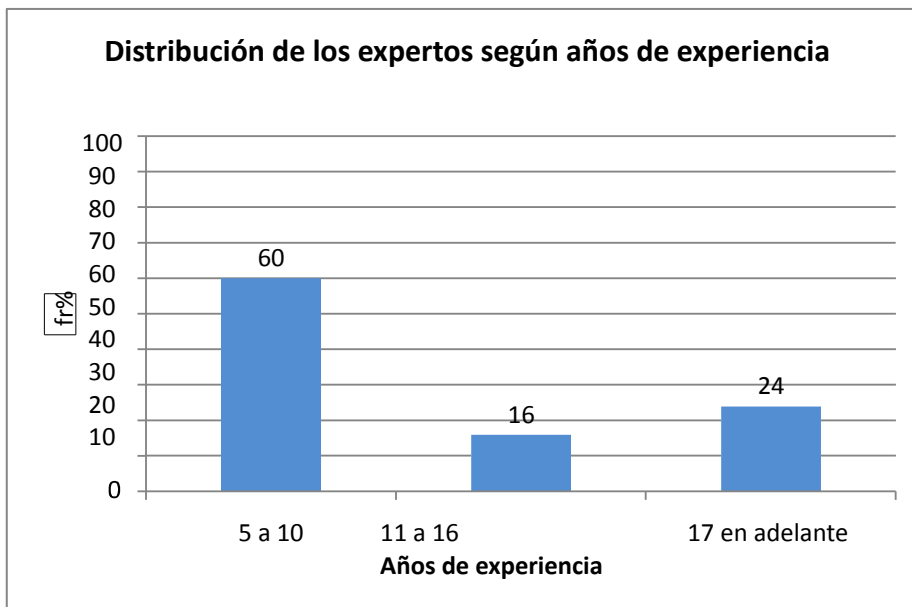
FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Tabla N°3:** Años de experiencia

<b>Años de experiencia</b>	<b>fa</b>	<b>fr</b>	<b>fr%</b>
5 a 10	22	0,60	60
11 a 16	6	0,16	16
Más de 17	9	0,24	24
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N°3:** Distribución de los expertos según años de experiencia



FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

Anexo N° 6

**TABLAS Y GRAFICAS PRIMERA RONDA MÉTODO DELPHI MODIFICADO**

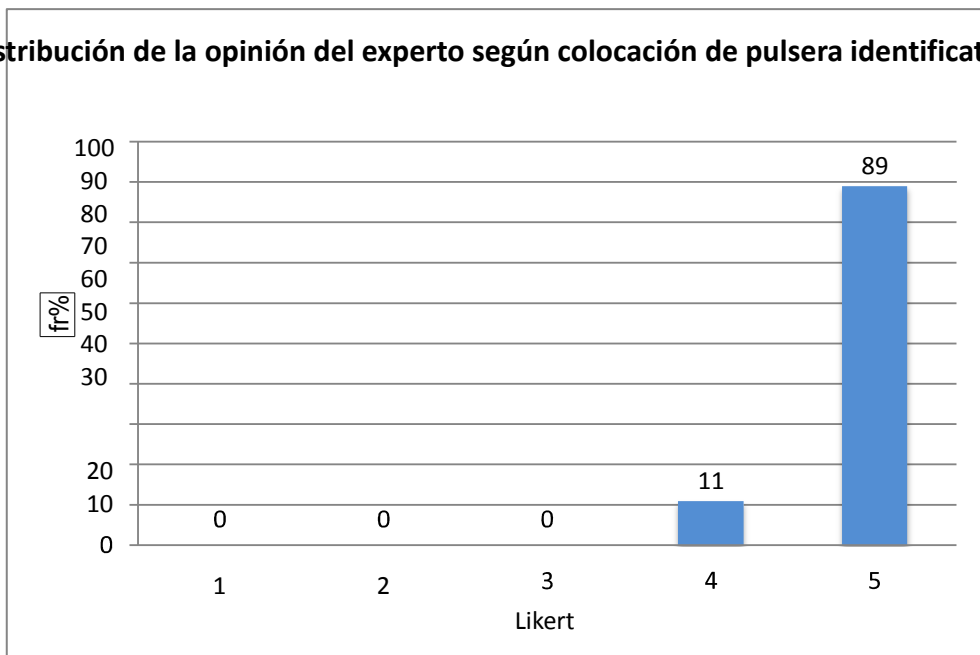
**Tabla N° 4A:** Colocación de pulsera identificatoria

<b>Likert</b>	<b>fa</b>	<b>fr</b>	<b>fr%</b>
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	0
4	4	0,11	11
5	33	0,89	89
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 4A:** Distribución de la opinión del experto según colocación de pulsera identificatoria

**Distribución de la opinión del experto según colocación de pulsera identificatoria**



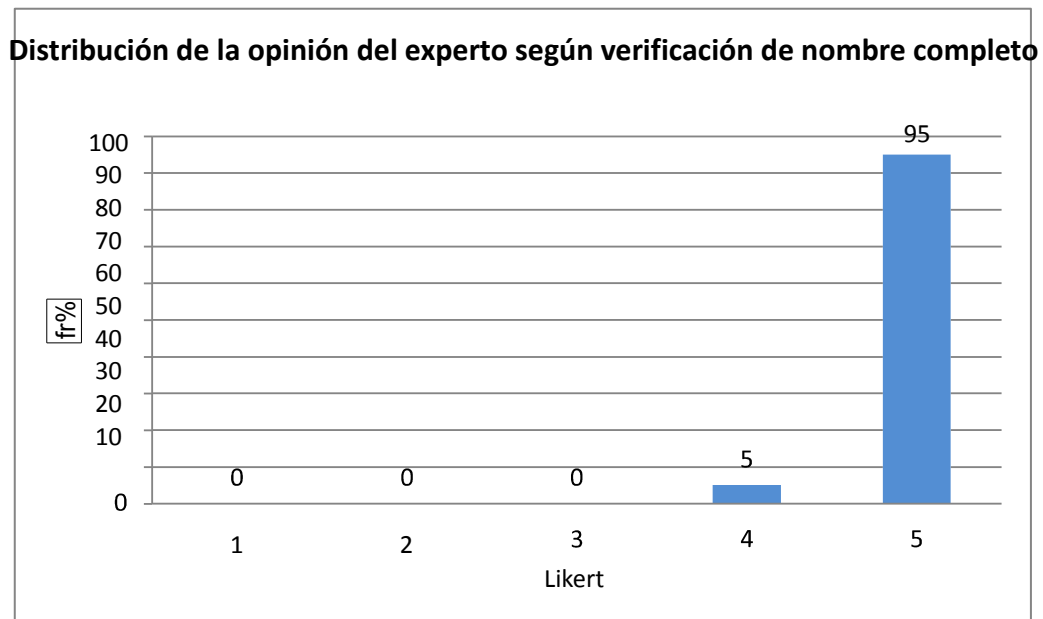
FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Tabla N° 4B:** Verificación de nombre completo

Likert	fa	fr	fr%
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	0
4	2	0,05	5
5	35	0,95	95
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 4B:** Distribución de la opinión del experto según verificación de nombre completo



FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

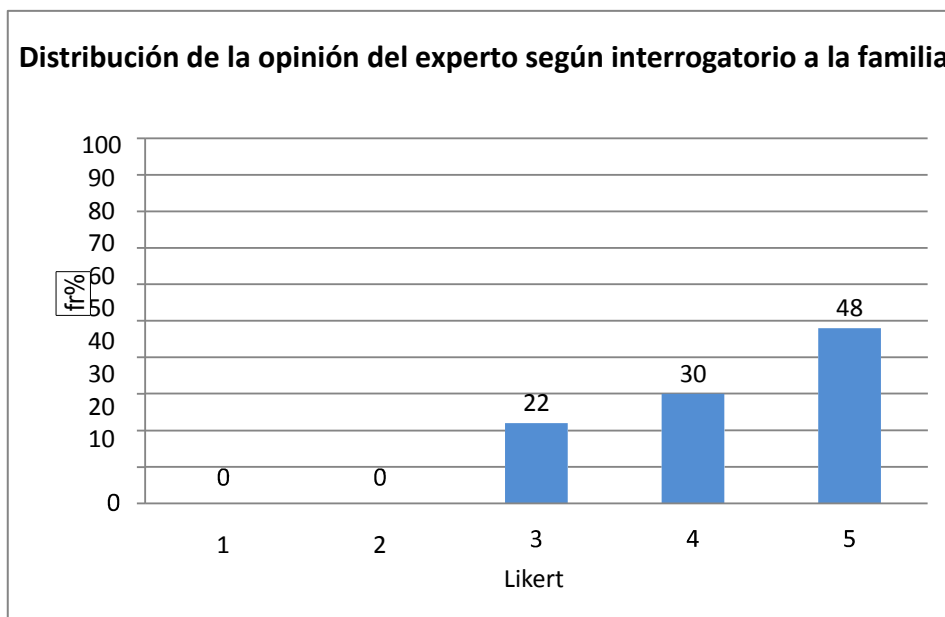


**Tabla N° 4C:** Interrogatorio a la familia

<b>Likert</b>	<b>fa</b>	<b>fr</b>	<b>fr%</b>
1	0	0	0
2	0	0	0
3	8	0,22	22
4	11	0,3	30
5	18	0,4	48
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 4C:** Distribución de la opinión del experto según interrogatorio a la familia



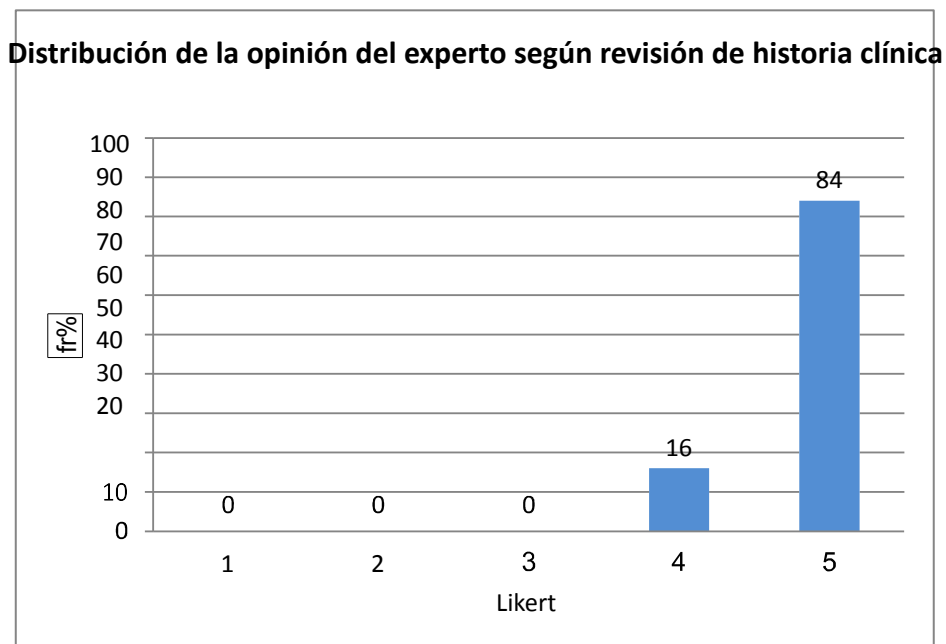
FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Tabla N° 4D:** Revisión de historia clínica

Likert	fa	fr	fr%
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	0
4	6	0,16	16
5	31	0,84	84
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 4D:** Distribución de la opinión del experto según revisión de historia clínica



FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

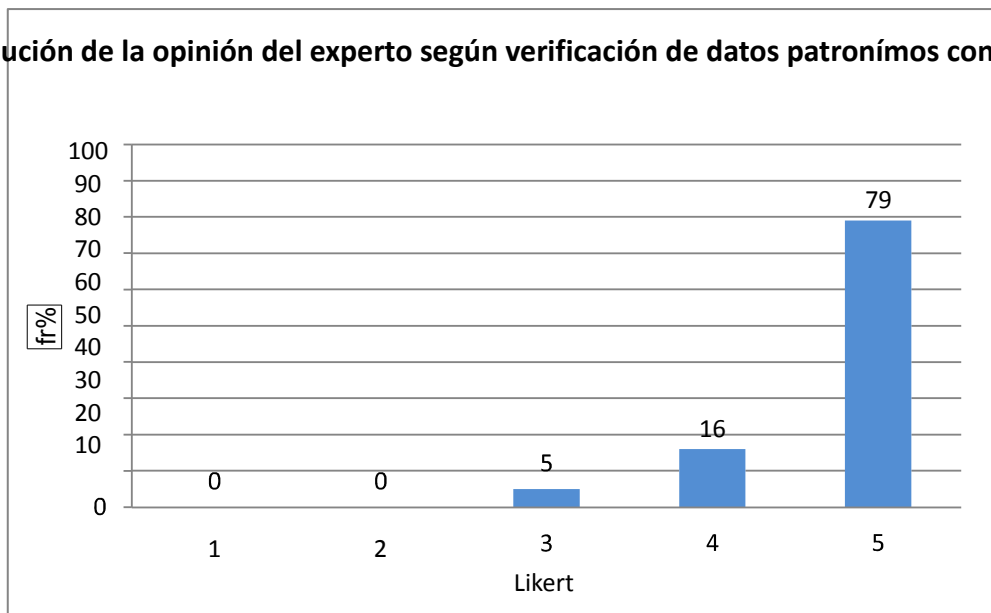
**Tabla 4E:** Verificación de datos patronímicos con pulsera

Likert	fa	fr	fr%
1	0	0	0
2	0	0	0
3	2	0.05	5
4	6	0,16	16
5	29	0,79	79
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 4E:** Distribución de la opinión del experto según verificación de datos patronímicos con pulsera

**Distribución de la opinión del experto según verificación de datos patronímicos con pulsera**



FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

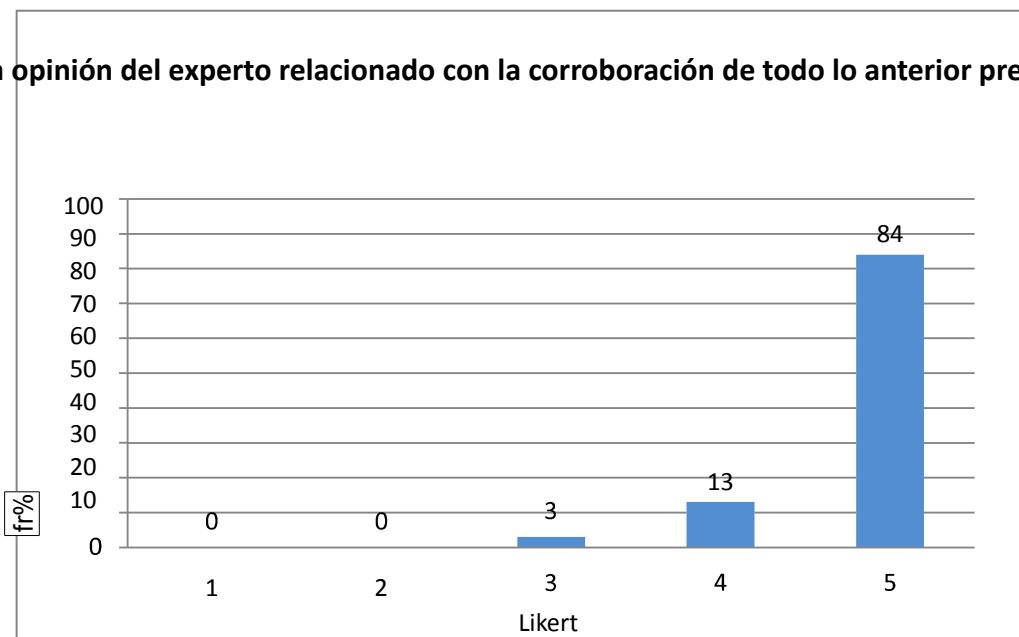
**Tabla N° 4F:** Corroboración de todo lo anterior previo al traslado a block

Likert	fa	fr	fr%
1	0	0	0
2	0	0	0
3	1	0,03	3
4	5	0,13	13
5	31	0,84	84
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 4F:** Distribución de la opinión del experto relacionado con la corroboración de todo lo anterior previo al traslado a block

Distribución de la opinión del experto relacionado con la corroboración de todo lo anterior previo al traslado a block



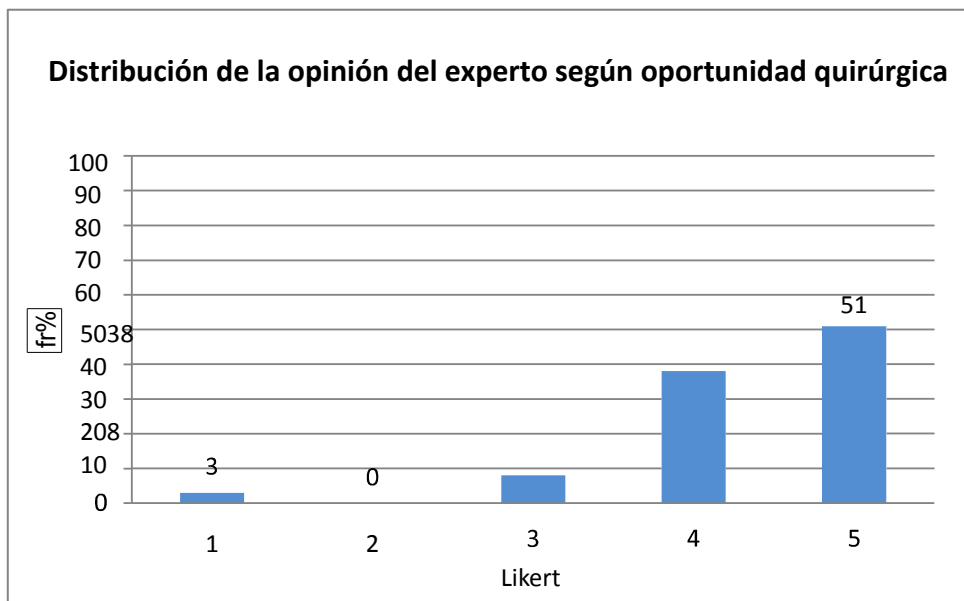
FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Tabla N° 5A:** Oportunidad quirúrgica

<b>Likert</b>	<b>fa</b>	<b>fr</b>	<b>fr%</b>
1	1	0,03	3
2	0	0	0
3	3	0,08	8
4	14	0,38	38
5	19	0,51	51
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 5A:** Distribución de la opinión del experto según oportunidad quirúrgica



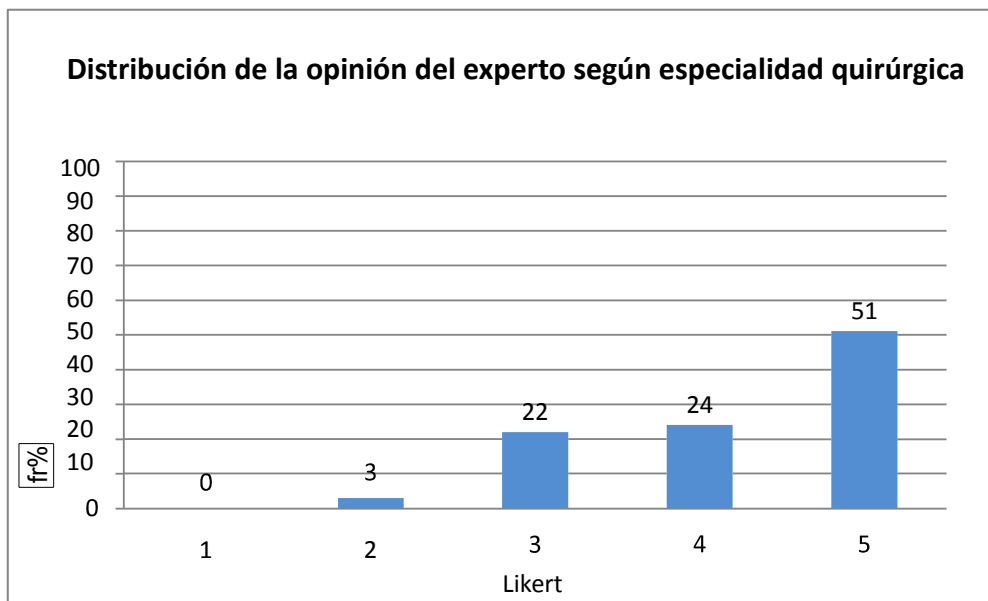
FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Tabla N° 5B:** Especialidad quirúrgica

Likert	fa	fr	fr%
1	0	0	0
2	1	0,03	3
3	8	0,22	22
4	9	0,24	24
5	19	0,51	51
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 5B:** Distribución de la opinión del experto según especialidad quirúrgica



FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

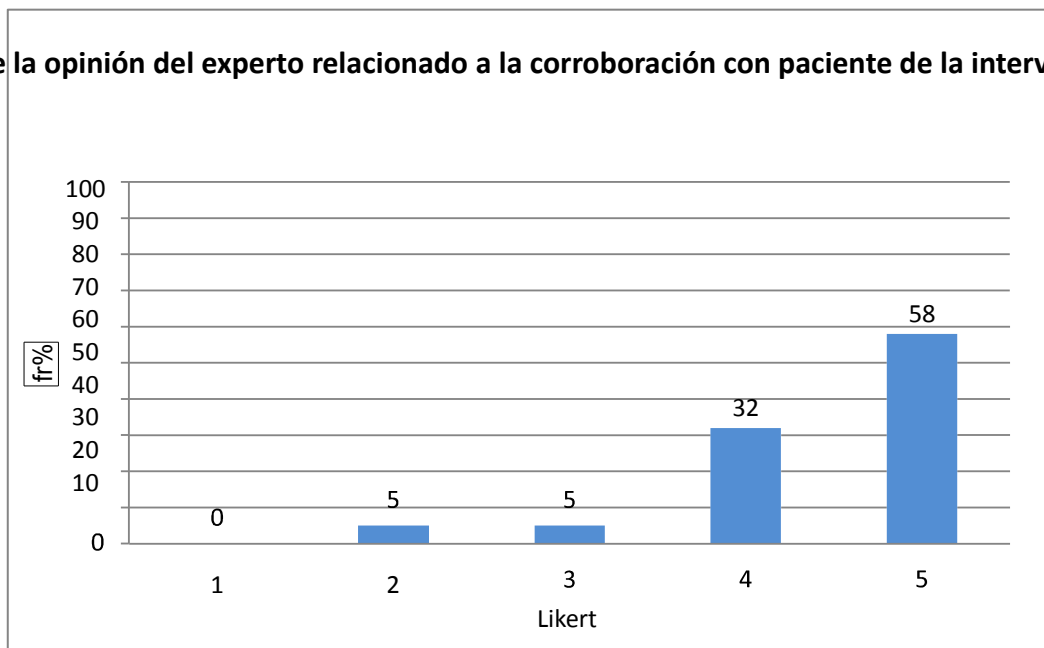
**Tabla N° 6A:** Corroboración con paciente de la intervención a realizar

Likert	fa	fr	fr%
1	0	0	0
2	2	0,05	5
3	2	0,05	5
4	12	0,32	32
5	21	0,58	58
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 6A:** Distribución de la opinión del experto relacionado a la corroboración con paciente de la intervención a realizar

Distribución de la opinión del experto relacionado a la corroboración con paciente de la intervención a realizar



FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Tabla N° 6B:** Corroboración con historia clínica de la intervención a realizar

Likert	fa	fr	fr%
1	0	0	0
2	1	0,03	3
3	0	0	0
4	8	0,22	22
5	28	0,75	75
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 6B:** Distribución de la opinión del experto relacionado a la corroboración con historia clínica de la intervención a realizar

**Distribución de la opinión del experto relacionado a la corroboración con historia clínica de la intervención a realizar**



FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

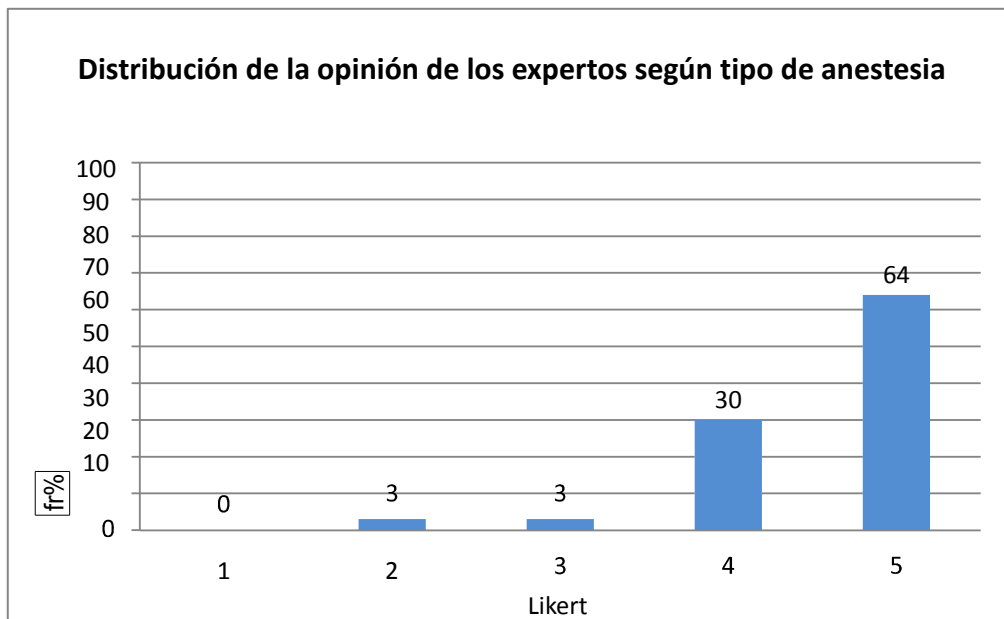


**Tabla N° 7:** Tipo de anestesia

<b>Likert</b>	<b>fa</b>	<b>fr</b>	<b>fr%</b>
1	0	0	0
2	1	0,03	3
3	1	0,03	3
4	11	0,3	30
5	24	0,64	64
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 7:** Distribución de la opinión de los expertos según tipo de anestesia



FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

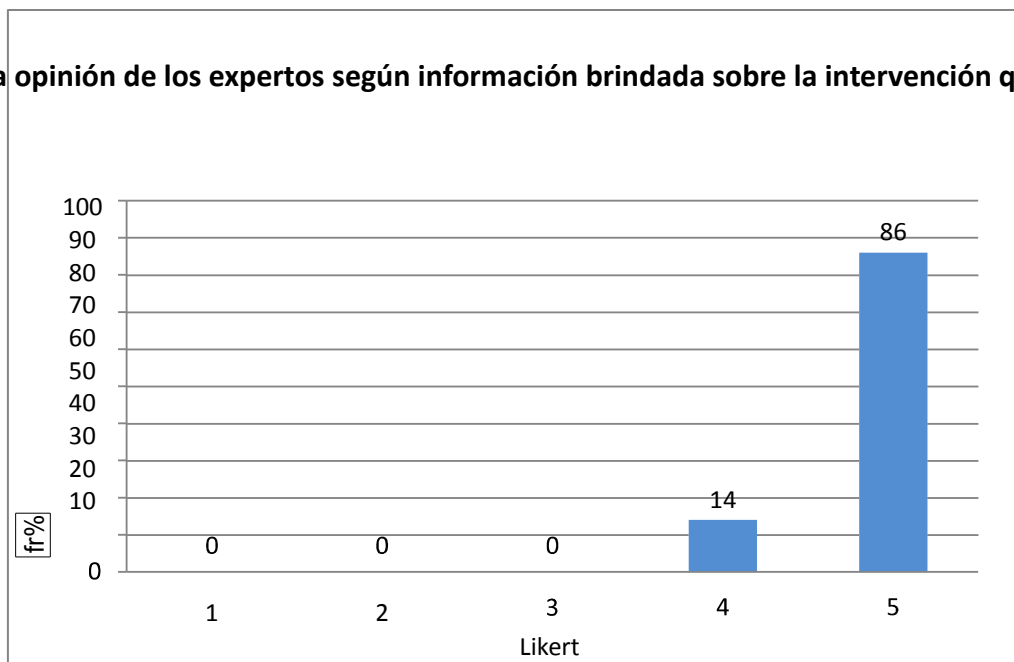
**Tabla N° 8A:** Información brindada sobre la intervención quirúrgica a realizar

Likert	fa	fr	fr%
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	0
4	5	0,14	14
5	32	0,86	86
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 8A:** Distribución de la opinión de los expertos según información brindada sobre la intervención quirúrgica a realizar

Distribución de la opinión de los expertos según información brindada sobre la intervención quirúrgica a realizar



FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

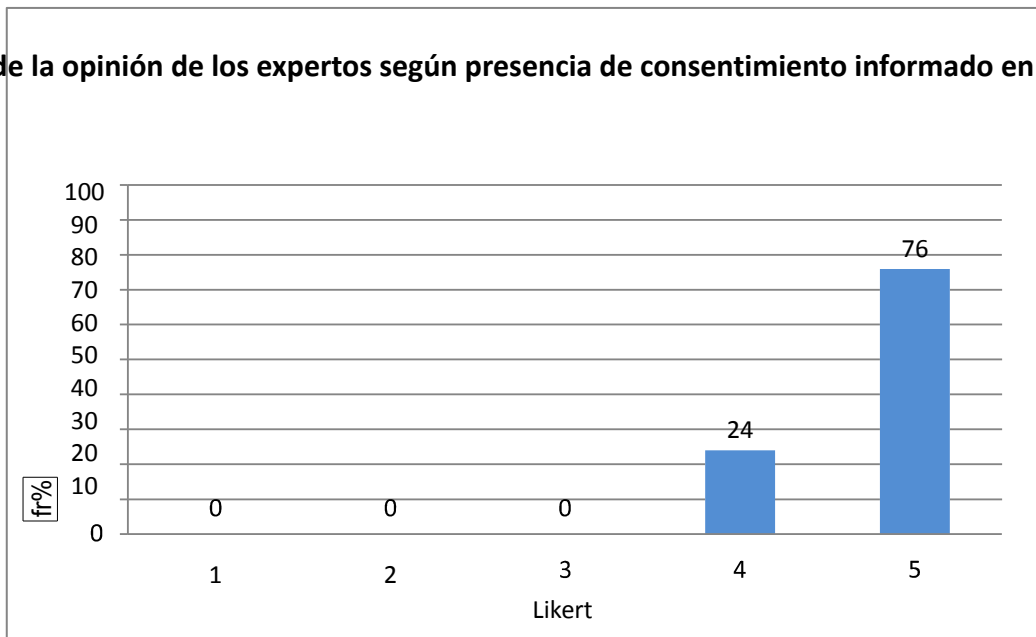
**Tabla N° 8B:** Presencia de consentimiento informado en historia clínica

Likert	fa	fr	fr%
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	0
4	9	0,24	24
5	28	0,76	76
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 8B:** Presencia de consentimiento informado en historia clínica

Distribución de la opinión de los expertos según presencia de consentimiento informado en historia clínica



FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

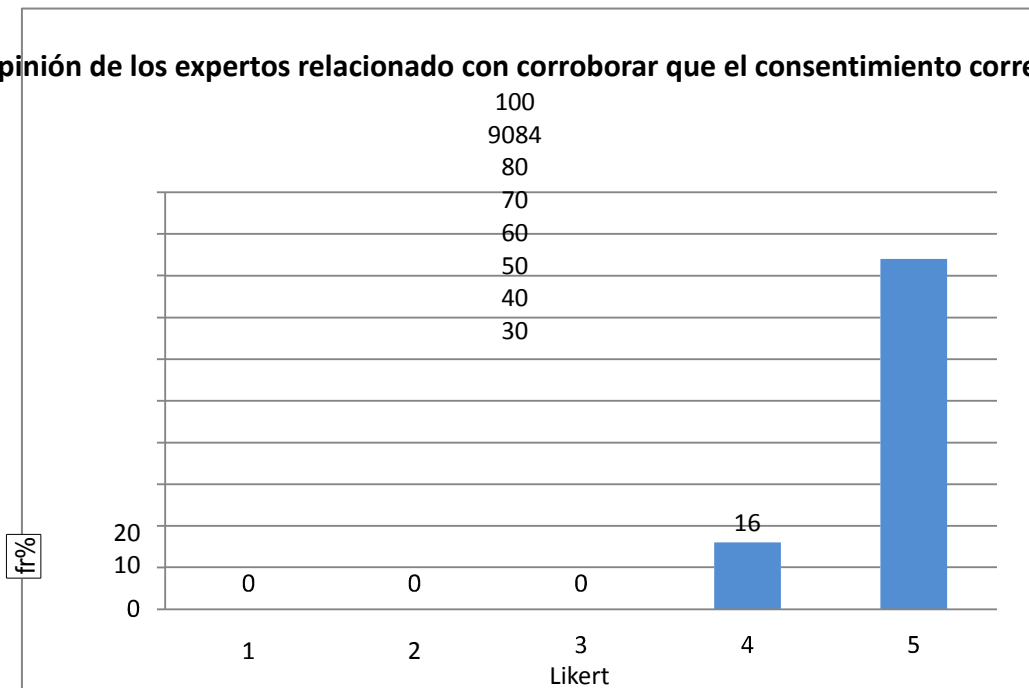
**Tabla N° 8C:** Corroborar que el consentimiento corresponda al paciente

Likert	fa	fr	fr%
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	0
4	6	0,16	16
5	31	0,84	84
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 8C:** Distribución de la opinión de los expertos relacionado con corroborar que el consentimiento corresponda al paciente

**Distribución de la opinión de los expertos relacionado con corroborar que el consentimiento corresponda al paciente**



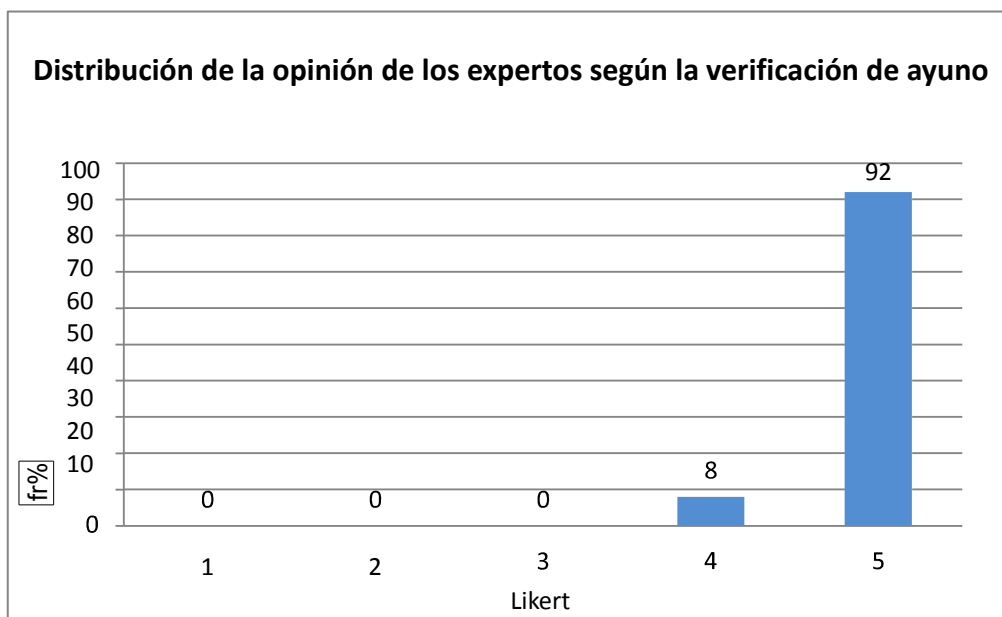
FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Tabla N° 9:** Verificación de ayuno

<b>Likert</b>	<b>fa</b>	<b>fr</b>	<b>fr%</b>
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	0
4	3	0,08	8
5	34	0,92	92
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 9:** Distribución de la opinión de los expertos según la verificación de ayuno



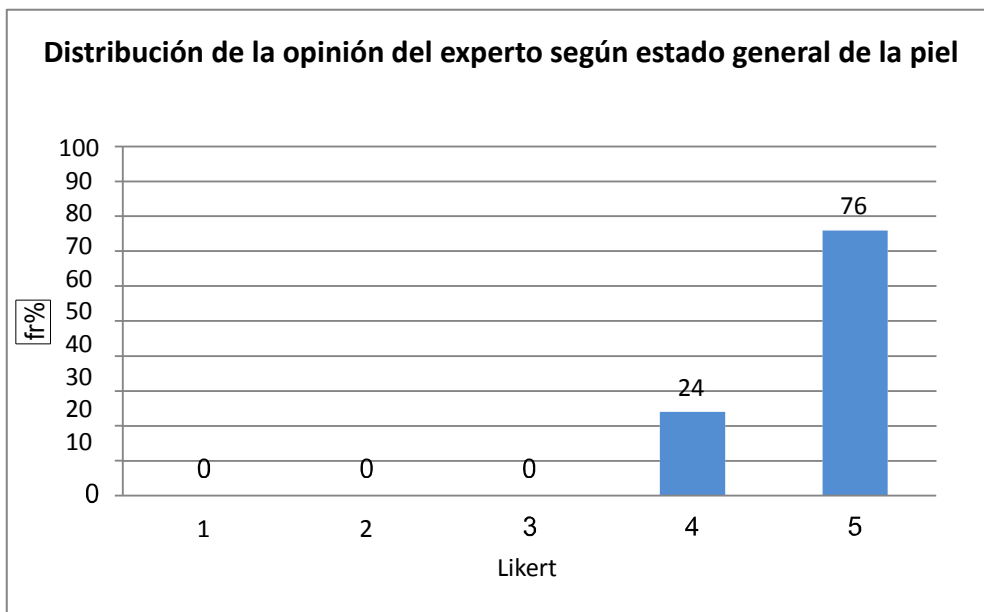
FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Tabla N° 10A:** Estado general de la piel

Likert	fa	fr	fr%
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	0
4	9	0,24	24
5	28	0,76	76
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 10A:** Distribución de la opinión del experto según estado general de la piel



FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Tabla N° 10B:** Baño según dependencia del paciente

Likert	fa	fr	fr%
1	0	0	0
2	1	0,03	3
3	1	0,03	3
4	11	0,3	30
5	24	0,64	64
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 10B:** Distribución de la opinión de experto relacionado a la realización de baño según dependencia del paciente

**Distribución de la opinión de experto relacionado a la realización de baño según dependencia del paciente**



FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

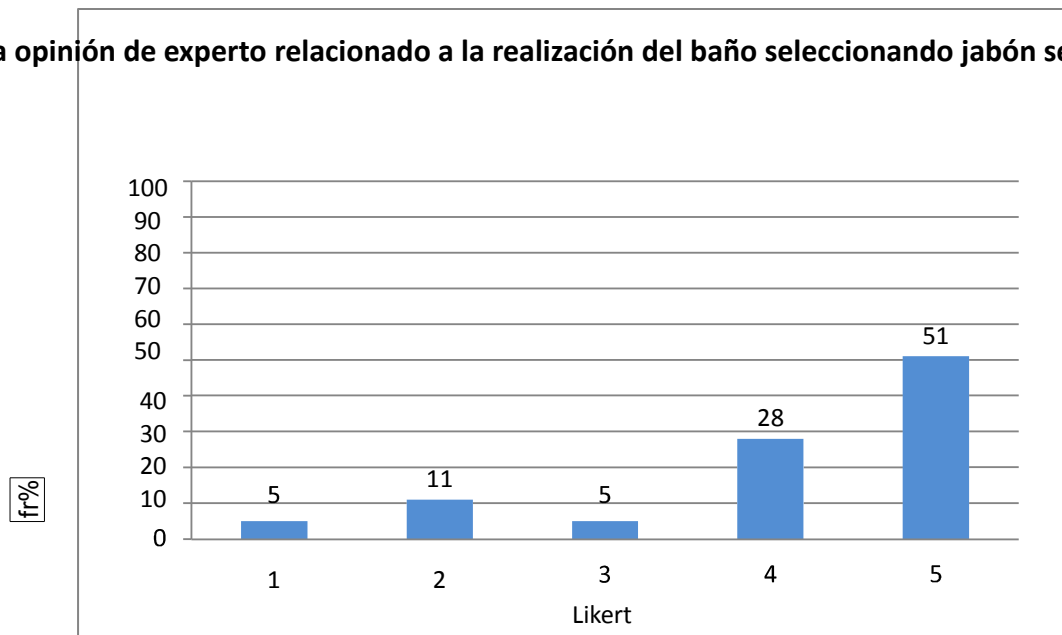
**Tabla N° 10C:** Realización del baño seleccionando jabón según riesgo de infección

Likert	fa	fr	fr%
1	2	0,05	5
2	4	0,11	11
3	2	0,05	5
4	10	0,28	28
5	19	0,51	51
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 10C:** Distribución de la opinión de experto relacionado a la realización del baño seleccionando jabón según riesgo de infección

Distribución de la opinión de experto relacionado a la realización del baño seleccionando jabón según riesgo de infección



FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado



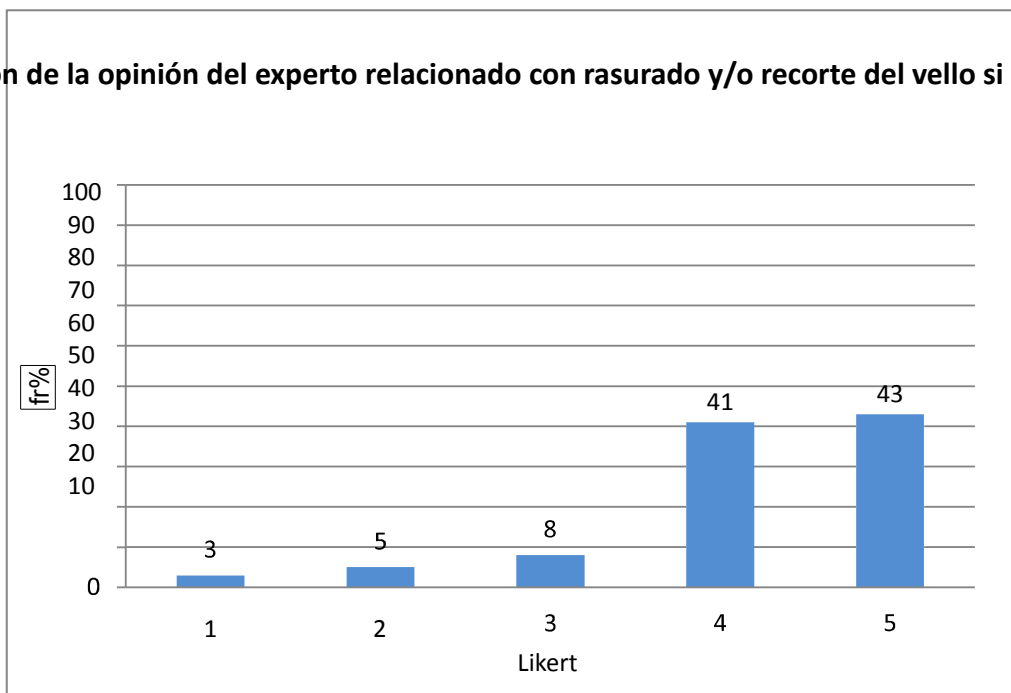
**Tabla N° 10D:** Rasurado y/o recorte del vello si corresponde

Likert	fa	fr	fr%
1	1	0,03	3
2	2	0,05	5
3	3	0,08	8
4	15	0,41	41
5	16	0,43	43
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 10D:** Distribución de la opinión del experto relacionado con rasurado y/o recorte del vello si corresponde

**Distribución de la opinión del experto relacionado con rasurado y/o recorte del vello si corresponde**



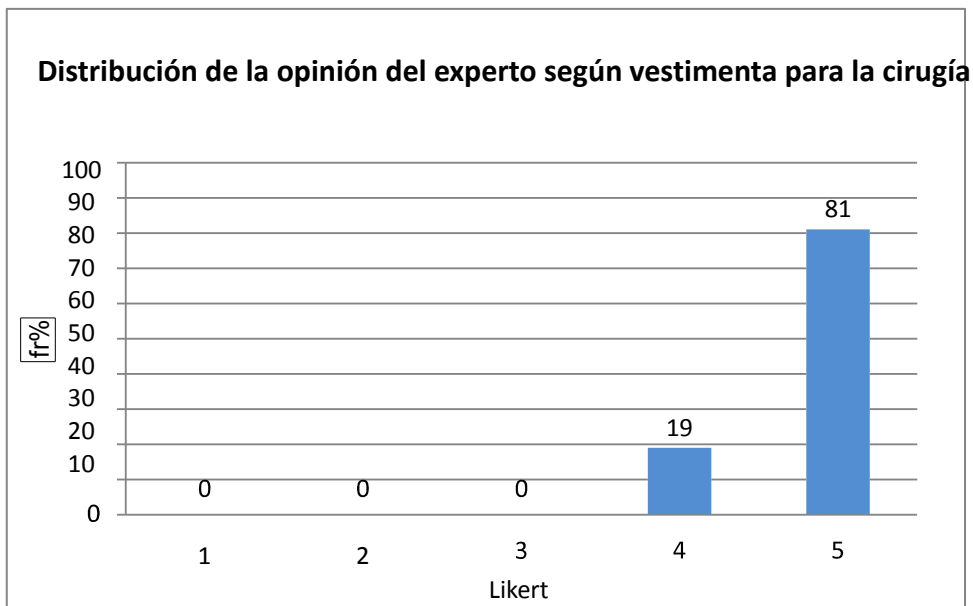
FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Tabla N° 10E:** Vestimenta para la cirugía

Likert	fa	fr	fr%
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	0
4	7	0,19	19
5	30	0,81	81
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 10E:** Distribución de la opinión del experto según vestimenta para la cirugía



FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

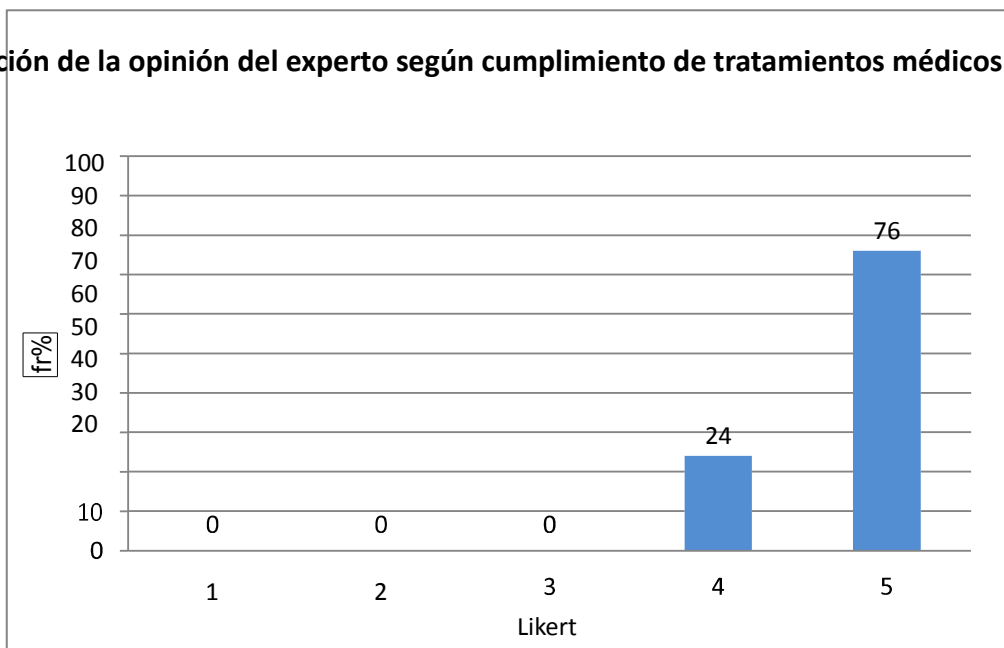
**Tabla N° 11:** Cumplimiento de tratamientos médicos prescriptos

Likert	fa	fr	fr%
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	0
4	9	0,24	24
5	28	0,76	76
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 11:** Distribución de la opinión del experto según cumplimiento de tratamientos médicos prescriptos

**Distribución de la opinión del experto según cumplimiento de tratamientos médicos prescriptos**



FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

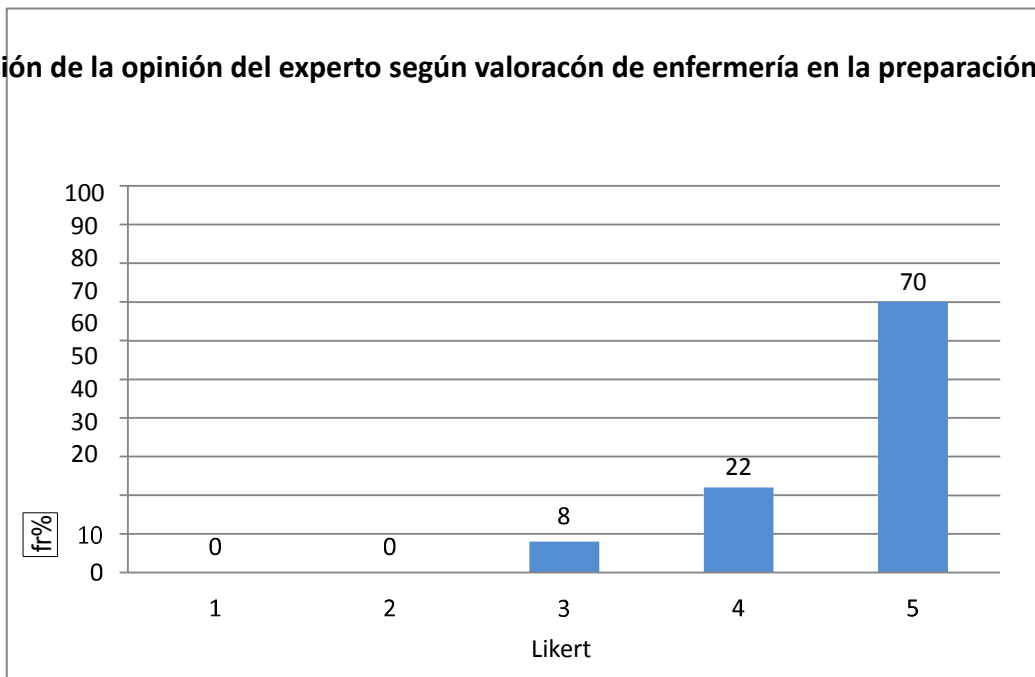
**Tabla N° 12:** Valoración de enfermería en la preparación preoperatoria

Likert	fa	fr	fr%
1	0	0	0
2	0	0	0
3	3	0,08	8
4	8	0,22	22
5	26	0,7	70
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 12:** Distribución de la opinión del experto según valoración de enfermería en la preparación preoperatoria

**Distribución de la opinión del experto según valoración de enfermería en la preparación preoperatoria**



FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

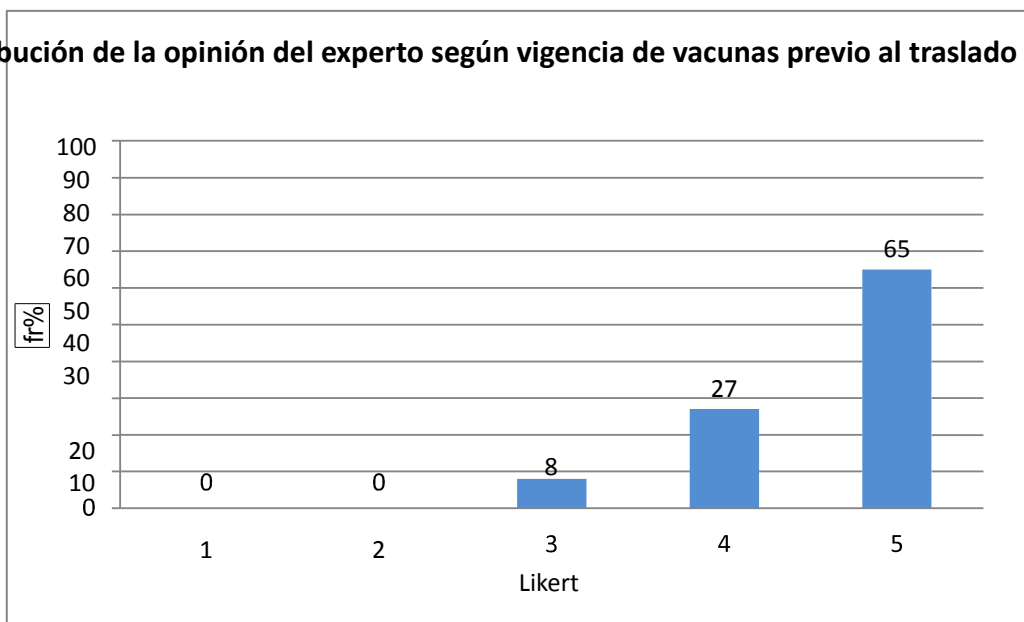
**Tabla N° 13A:** Vigencia de vacunas previo al traslado a block

Likert	fa	fr	fr%
1	0	0	0
2	0	0	0
3	3	0,08	8
4	10	0,27	27
5	24	0,65	65
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 13A:** Distribución de la opinión del experto según vigencia de vacunas previo al traslado a block

**Distribución de la opinión del experto según vigencia de vacunas previo al traslado a block**



FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

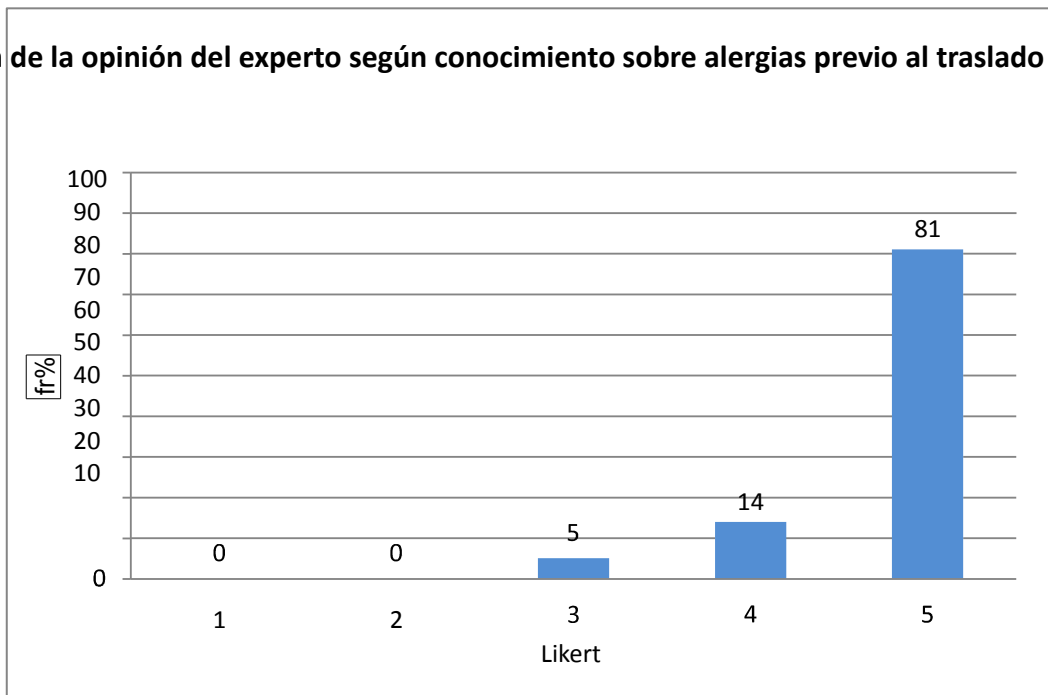
**Tabla N° 13B:** Conocimiento sobre alergias previo al traslado a block

Likert	fa	fr	fr%
1	0	0	0
2	0	0	0
3	2	0,05	5
4	5	0,14	14
5	30	0,81	81
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 13B:** Distribución de la opinión del experto según conocimiento sobre alergias previo al traslado a block

**Distribución de la opinión del experto según conocimiento sobre alergias previo al traslado a block**



FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

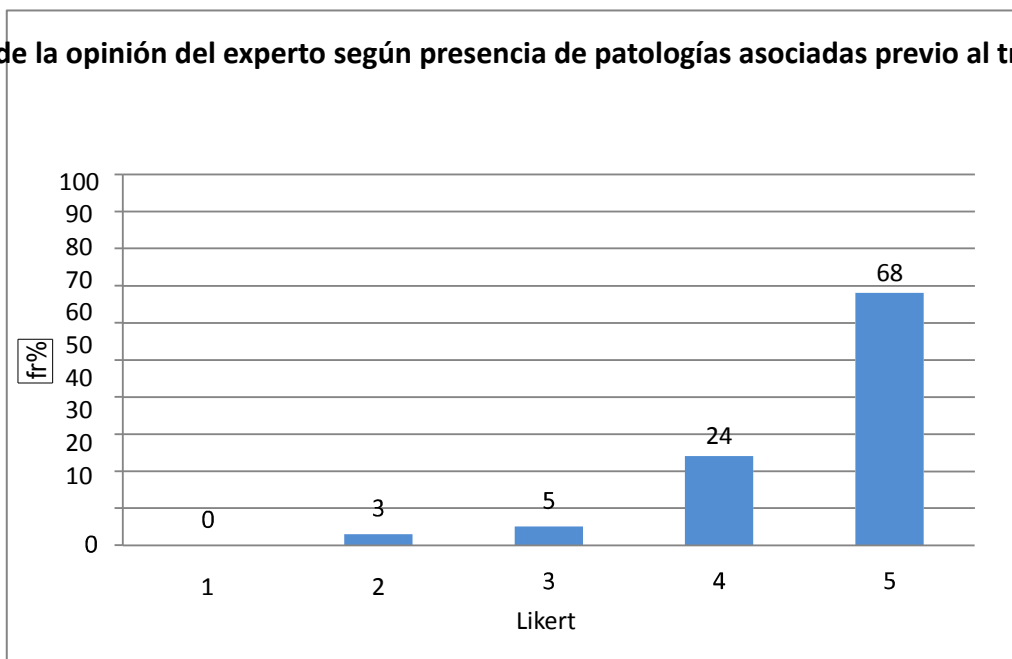
**Tabla N° 13C:** Presencia de patologías asociadas previo al traslado a block

Likert	fa	fr	fr%
1	0	0	0
2	1	0,03	3
3	2	0,05	5
4	9	0,24	24
5	25	0,68	68
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 13C:** Distribución de la opinión del experto según presencia de patologías asociadas previo al traslado a block

**Distribución de la opinión del experto según presencia de patologías asociadas previo al traslado a block**



FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

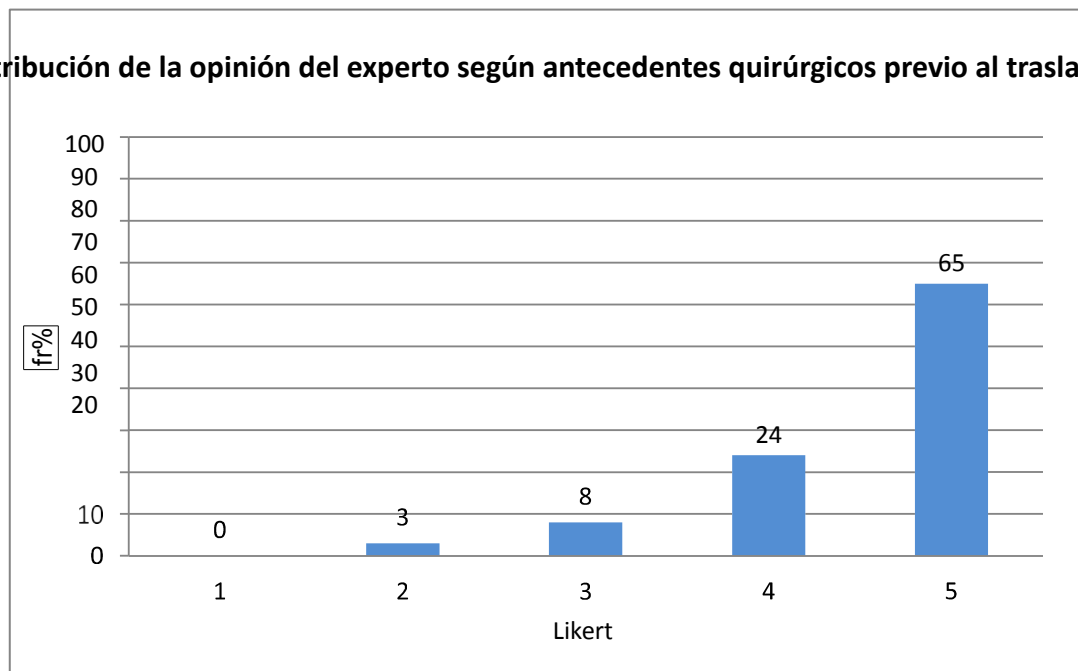
**Tabla N° 13D:** Antecedentes quirúrgicos previo al traslado a block

Likert	fa	fr	fr%
1	0	0	0
2	1	0,03	3
3	3	0,08	8
4	9	0,24	24
5	24	0,65	65
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 13D:** Distribución de la opinión del experto según antecedentes quirúrgicos previo al traslado a block

**Distribución de la opinión del experto según antecedentes quirúrgicos previo al traslado a block**



FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado



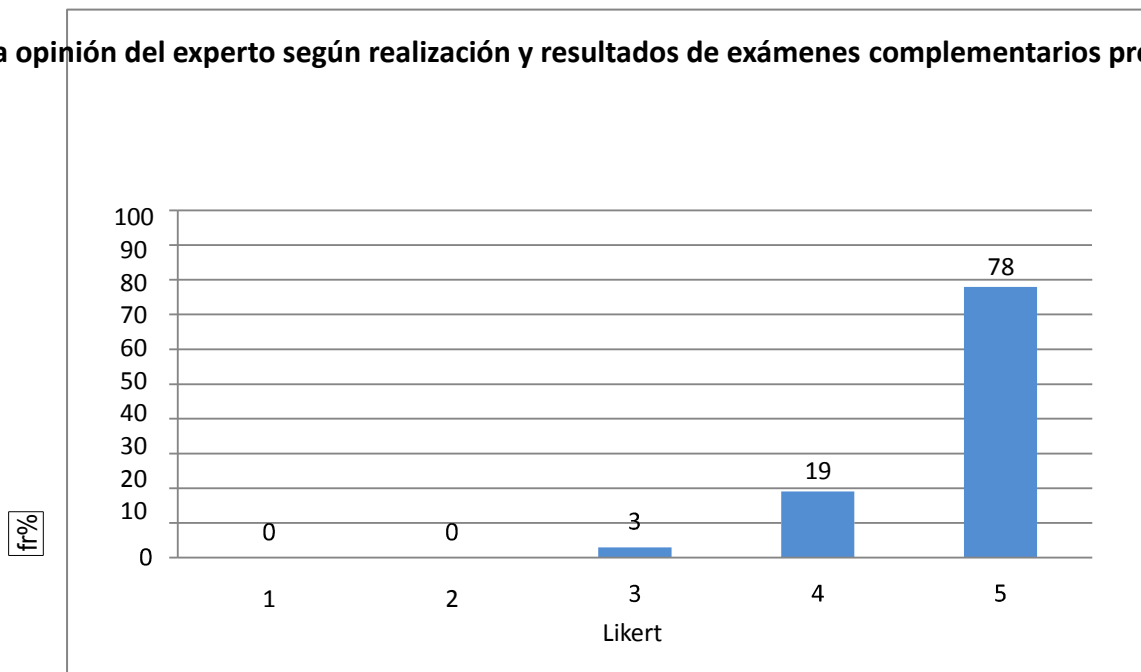
**Tabla N° 13E:** Realización y resultados de exámenes complementarios previo al traslado a block

Likert	fa	fr	fr%
1	0	0	0
2	0	0	0
3	1	0,03	3
4	7	0,19	19
5	29	0,78	78
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 13E:** Distribución de la opinión del experto según realización y resultados de exámenes complementarios previos al traslado a block

Distribución de la opinión del experto según realización y resultados de exámenes complementarios previo al traslado a



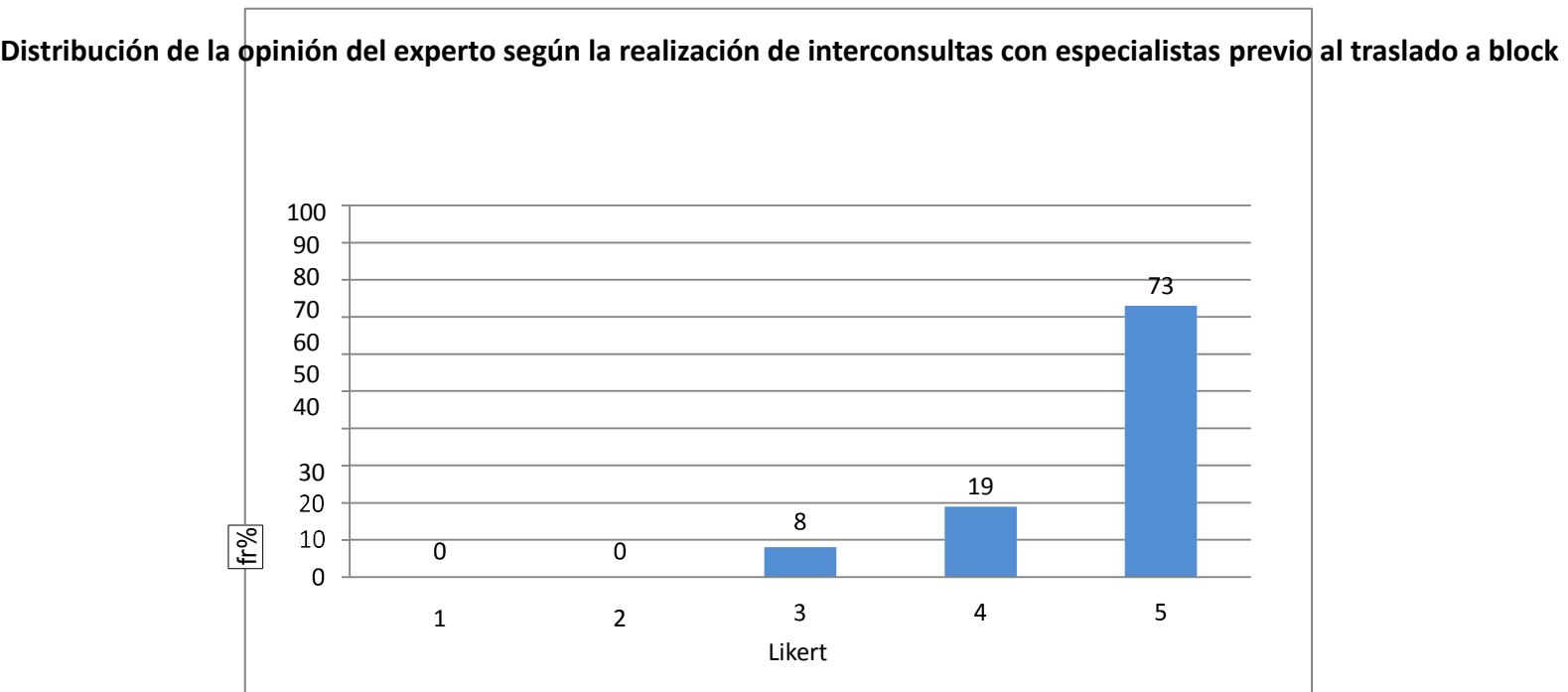
FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Tabla N° 13F:** Realización de interconsultas con especialistas previo al traslado a block

Likert	Fa	fr	fr%
1	0	0	0
2	0	0	0
3	3	0,08	8
4	7	0,19	19
5	27	0,73	73
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 13F:** Distribución de la opinión del experto según la realización de interconsultas con especialistas previo al traslado a block



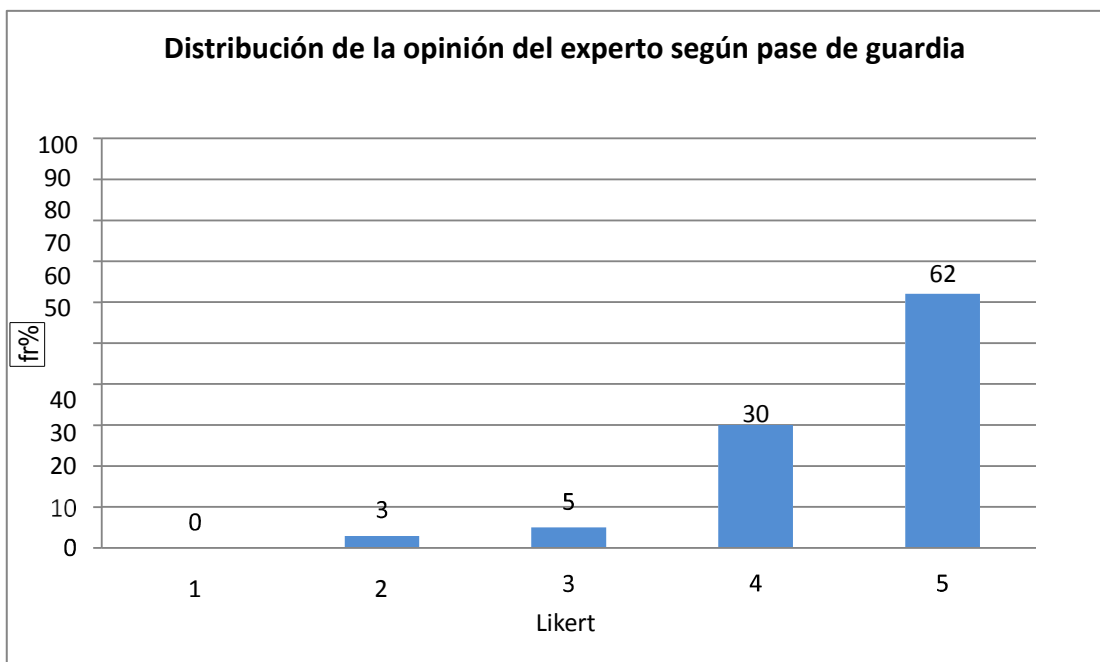
FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Tabla N° 14A:** Pase de guardia

Likert	fa	fr	fr%
1	0	0	0
2	1	0,03	3
3	2	0,05	5
4	11	0,3	30
5	23	0,62	62
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 14A:** Distribución de la opinión del experto según pase de guardia



FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Tabla N° 14B:** Comunicación telefónica

Likert	fa	fr	fr%
1	0	0	0
2	3	0,08	8
3	13	0,36	36
4	12	0,32	32
5	9	0,24	24
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 14B:** Distribución de la opinión del experto según comunicación telefónica



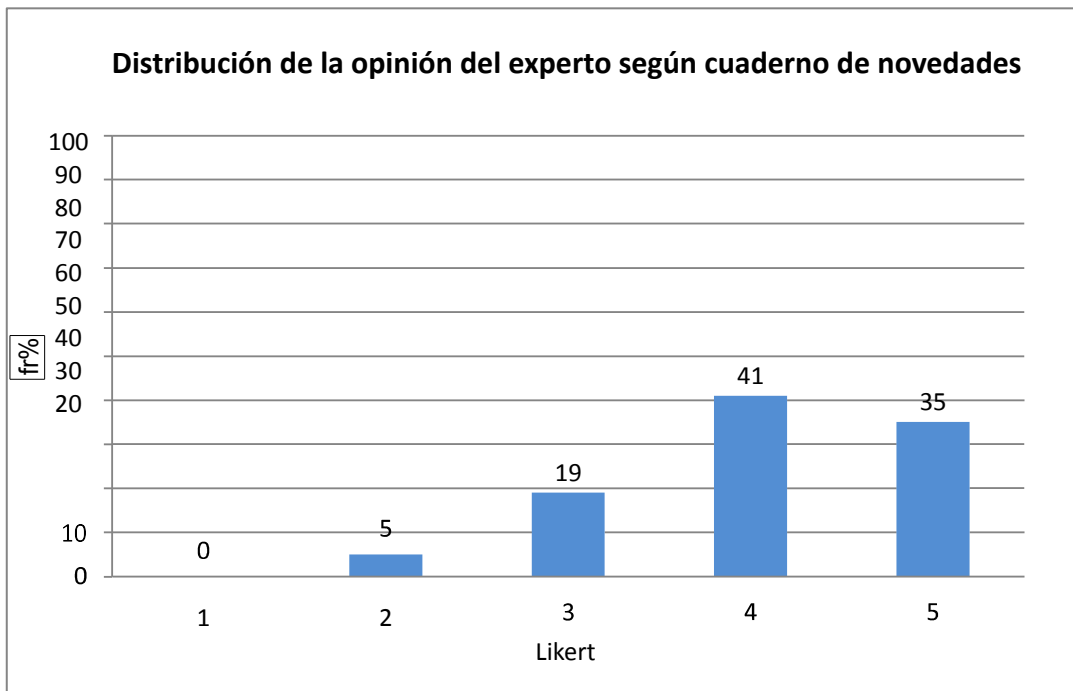
FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Tabla N° 14C:** Cuaderno de novedades

<b>Likert</b>	<b>fa</b>	<b>fr</b>	<b>fr%</b>
1	0	0	0
2	2	0,05	5
3	7	0,19	19
4	15	0,41	41
5	13	0,35	35
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 14C:** Distribución de la opinión del experto según cuaderno de novedades



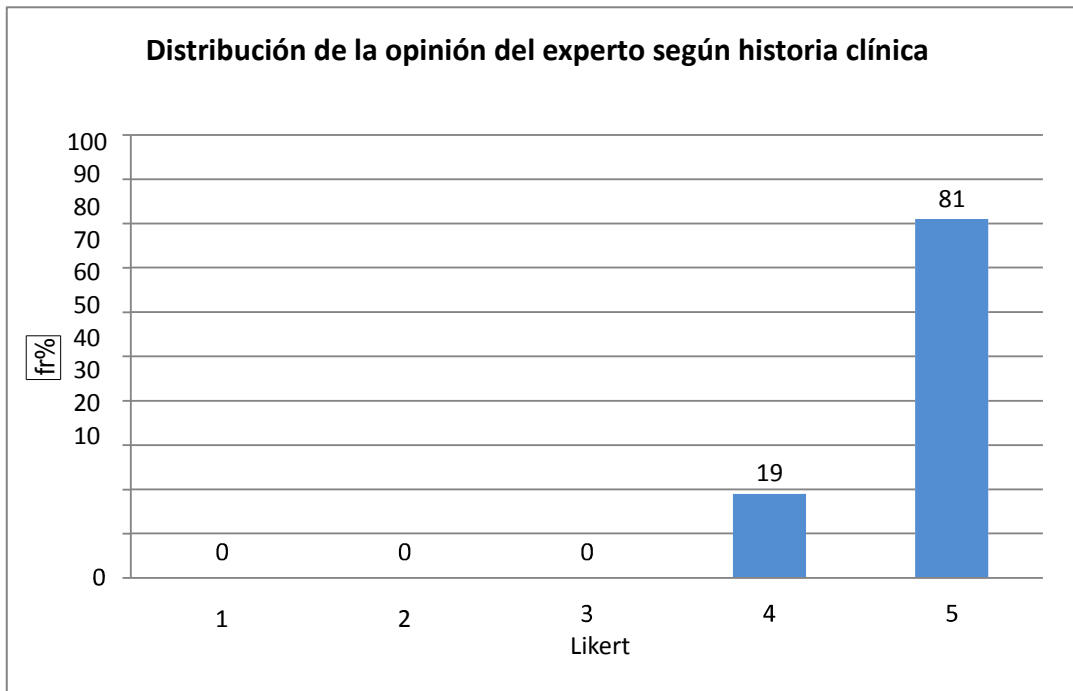
FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Tabla N° 14D:** Historia clínica

<b>Likert</b>	<b>fa</b>	<b>fr</b>	<b>fr%</b>
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	0
4	7	0,19	19
5	30	0,81	81
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 14D:** Distribución de la opinión del experto según historia clínica



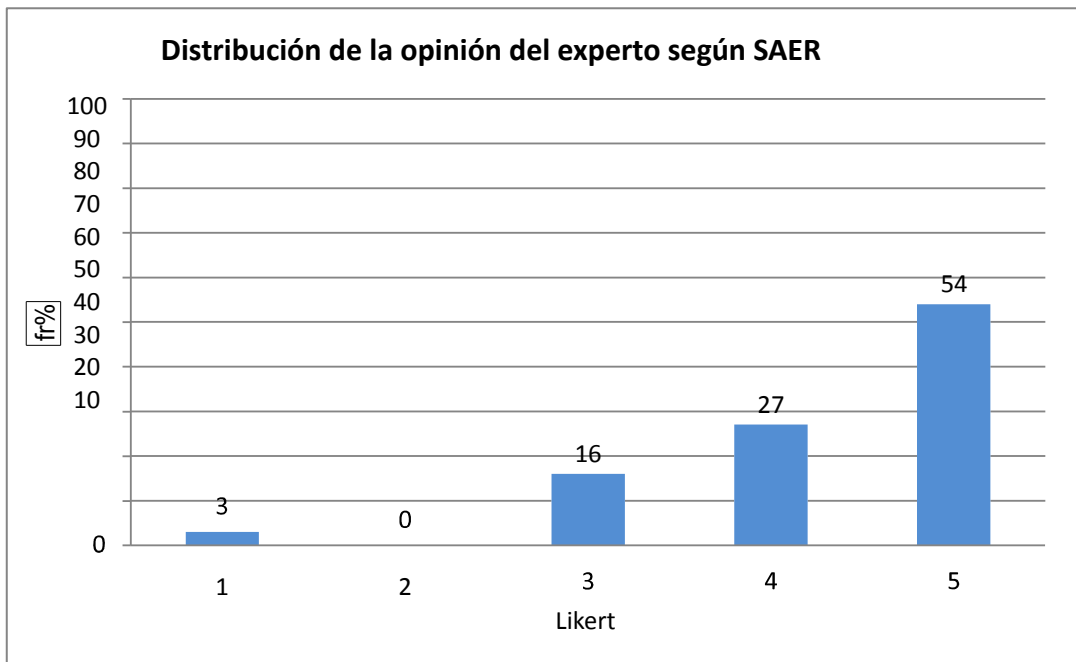
FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Tabla N° 14E:** Distribución de la opinión del experto según SAER

<b>Likert</b>	<b>fa</b>	<b>fr</b>	<b>fr%</b>
1	1	0,03	3
2	0	0	0
3	6	0,16	16
4	10	0,27	27
5	20	0,54	54
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 14E:** Distribución de la opinión del experto según SAER



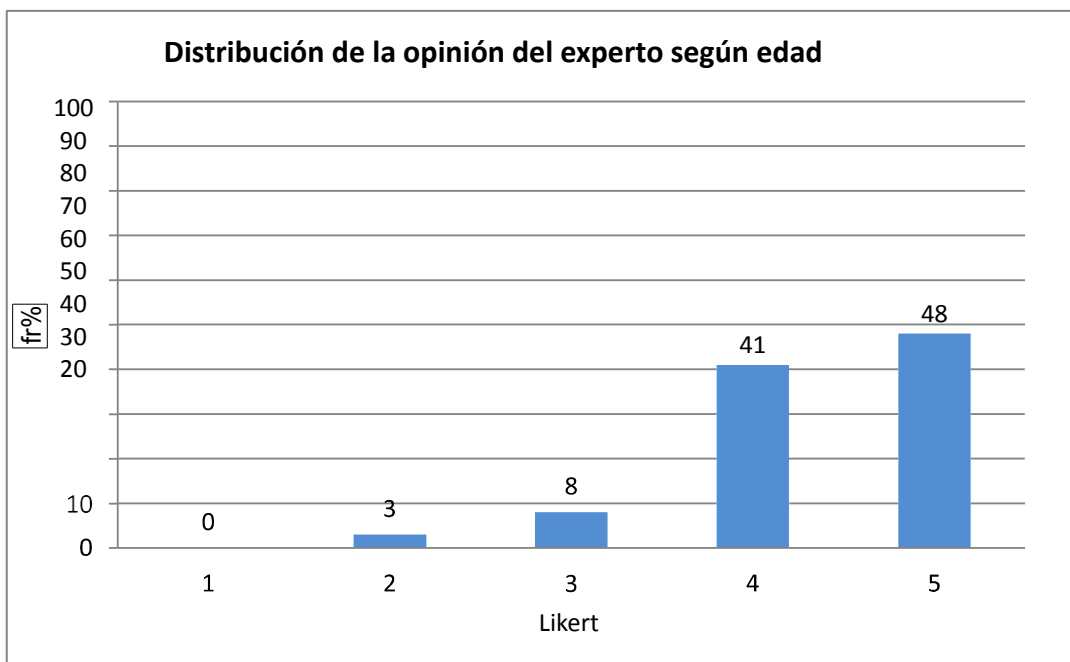
FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Tabla N° 15:** Edad

Likert	fa	fr	fr%
1	0	0	0
2	1	0,03	3
3	3	0,08	8
4	15	0,41	41
5	18	0,48	48
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 15:** Distribución de la opinión del experto según edad



FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

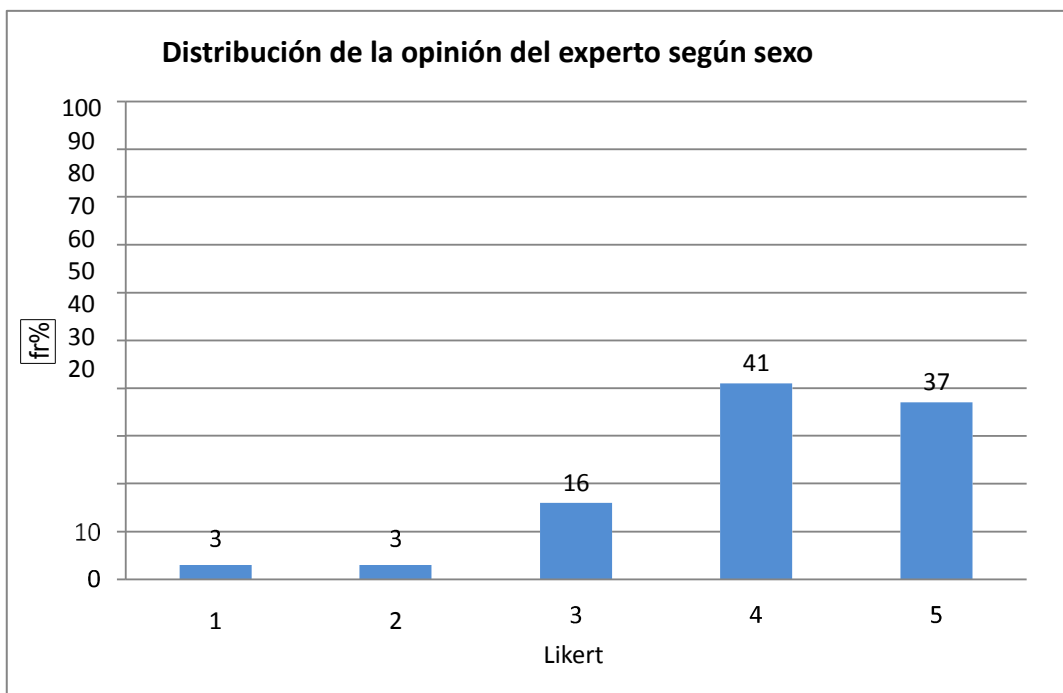


**Tabla N° 16: Sexo**

Likert	fa	fr	fr%
1	1	0,03	3
2	1	0,03	3
3	6	0,16	16
4	15	0,41	41
5	14	0,37	37
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 16: Distribución de la opinión del experto según sexo**



FUENTE: Instrumento utilizado en la primera ronda de método Delphi modificado

Anexo N° 7

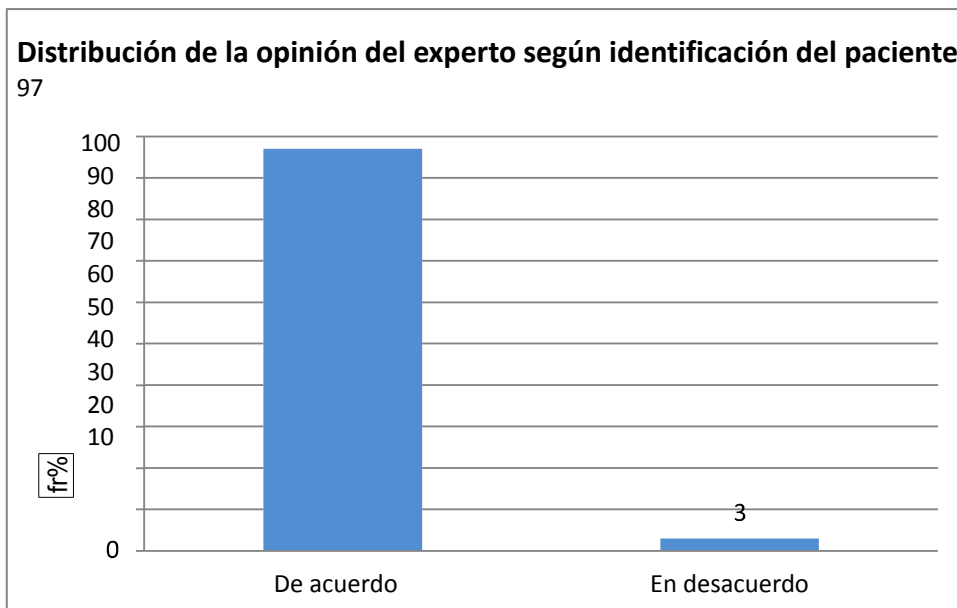
**TABLAS Y GRAFICAS SEGUNDA RONDA MÉTODO DELPHI MODIFICADO**

**Tabla N°17:** Identificación del paciente

	<b>fa</b>	<b>Fr</b>	<b>fr%</b>
De acuerdo	36	0.97	97
En desacuerdo	1	0.03	3
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la segunda ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N°17:** Distribución de la opinión del experto según identificación del paciente



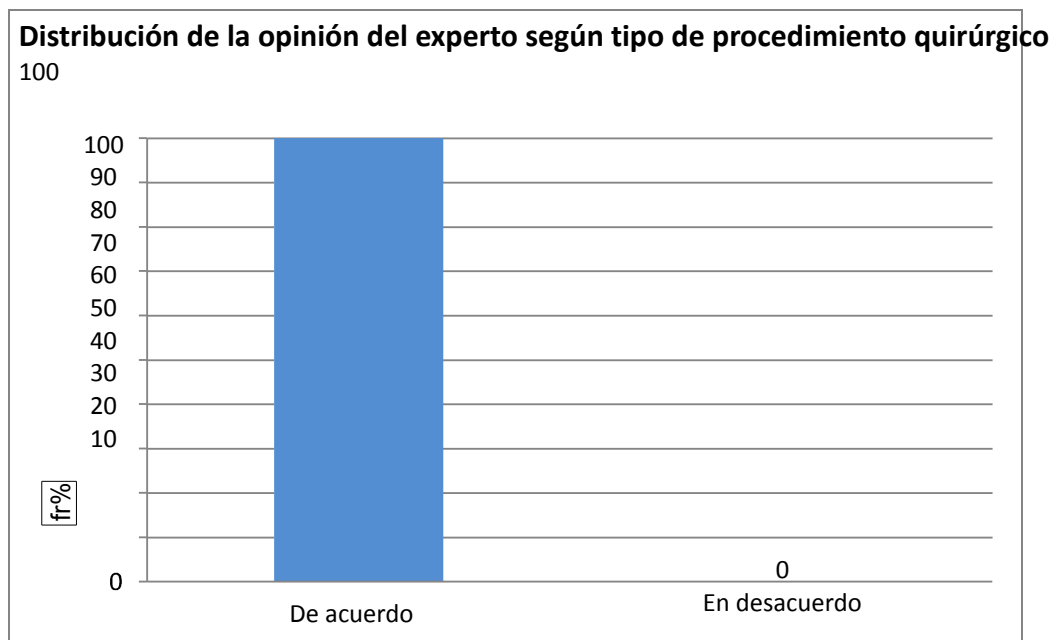
FUENTE: Instrumento utilizado en la segunda ronda de método Delphi modificado

**Tabla N°18:** Tipo de procedimiento quirúrgico

	<b>fa</b>	<b>fr</b>	<b>fr%</b>
De acuerdo	37	1.0	100
En desacuerdo	0	0	0
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la segunda ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N°18:** Distribución de la opinión del experto según tipo de procedimiento quirúrgico



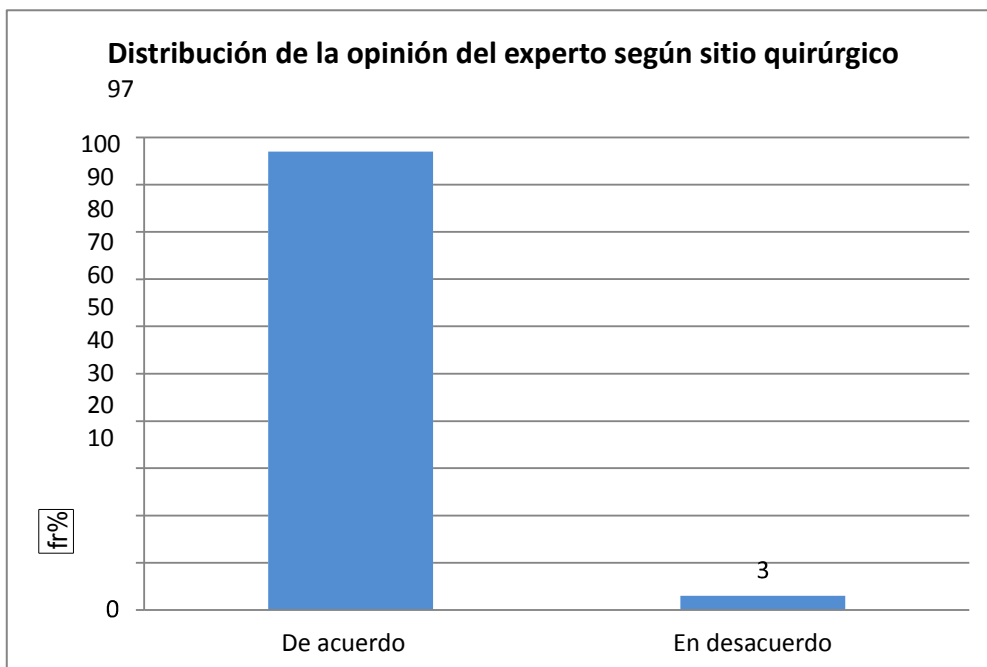
FUENTE: Instrumento utilizado en la segunda ronda de método Delphi modificado

**Tabla N°19:** Sitio quirúrgico

	<b>fa</b>	<b>fr</b>	<b>fr%</b>
De acuerdo	36	0.97	97
En desacuerdo	1	0.03	3
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la segunda ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N°19:** Distribución de la opinión del experto según sitio quirúrgico



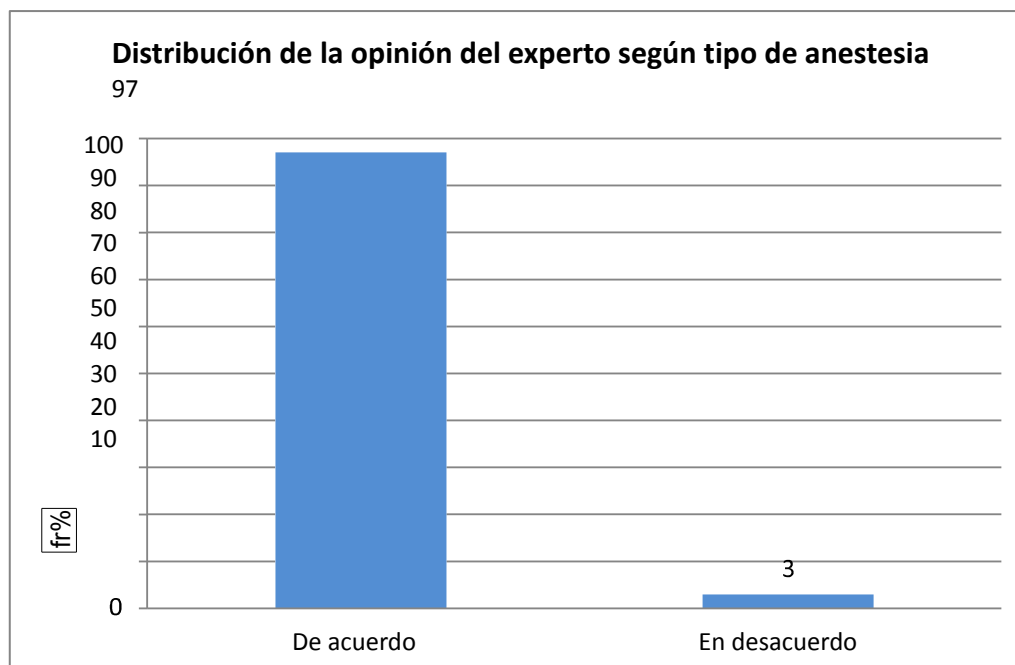
FUENTE: Instrumento utilizado en la segunda ronda de método Delphi modificado

**Tabla N°20:** Tipo de anestesia

	<b>fa</b>	<b>fr</b>	<b>fr%</b>
De acuerdo	36	0.97	97
En desacuerdo	1	0,03	3
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la segunda ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N°20:** Distribución de la opinión del experto según tipo de anestesia



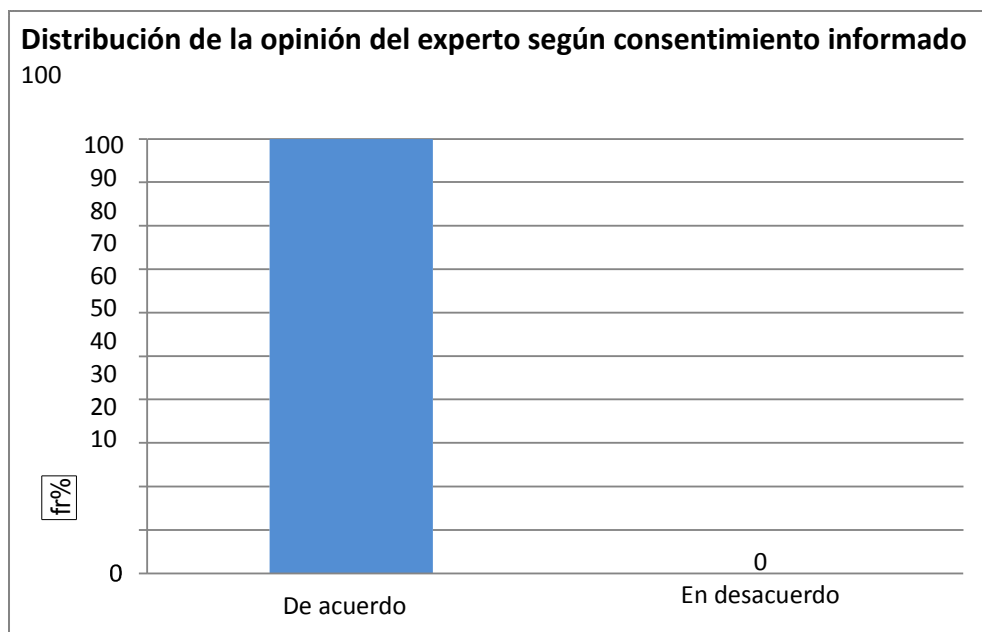
FUENTE: Instrumento utilizado en la segunda ronda de método Delphi modificado

**Tabla N°21: Consentimiento informado**

	<b>fa</b>	<b>fr</b>	<b>fr%</b>
De acuerdo	37	100	100
En desacuerdo	0	0	0
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la segunda ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N°21: Distribución de la opinión del experto según consentimiento informado**



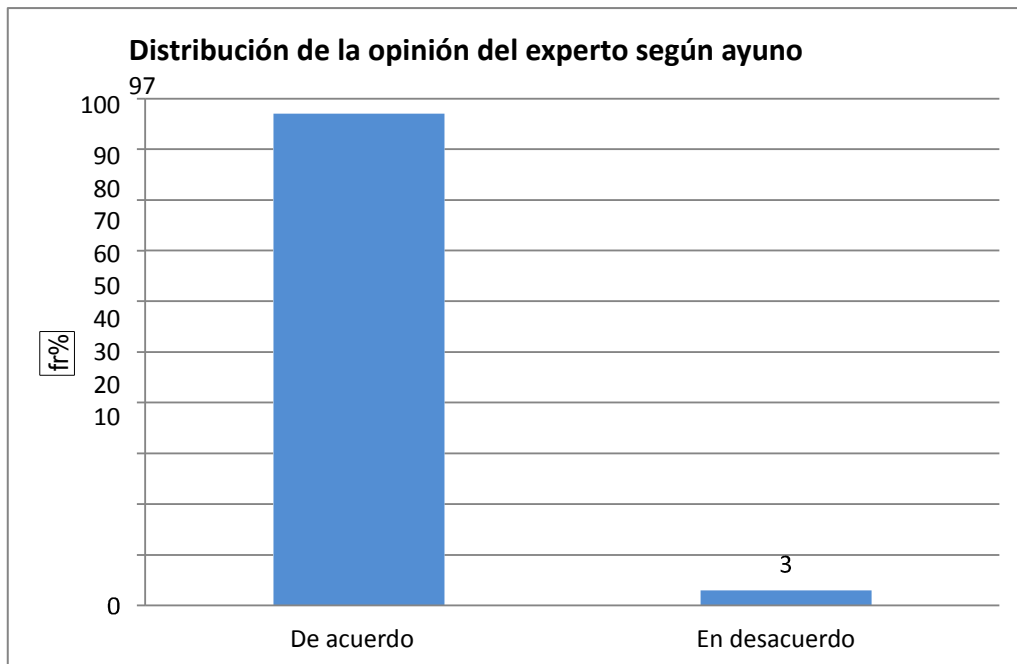
FUENTE: Instrumento utilizado en la segunda ronda de método Delphi modificado

**Tabla N°22: Ayuno**

	<b>fa</b>	<b>fr</b>	<b>fr%</b>
De acuerdo	36	0,97	97
En desacuerdo	1	0,03	3
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la segunda ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N°22: Distribución de la opinión del experto según ayuno**



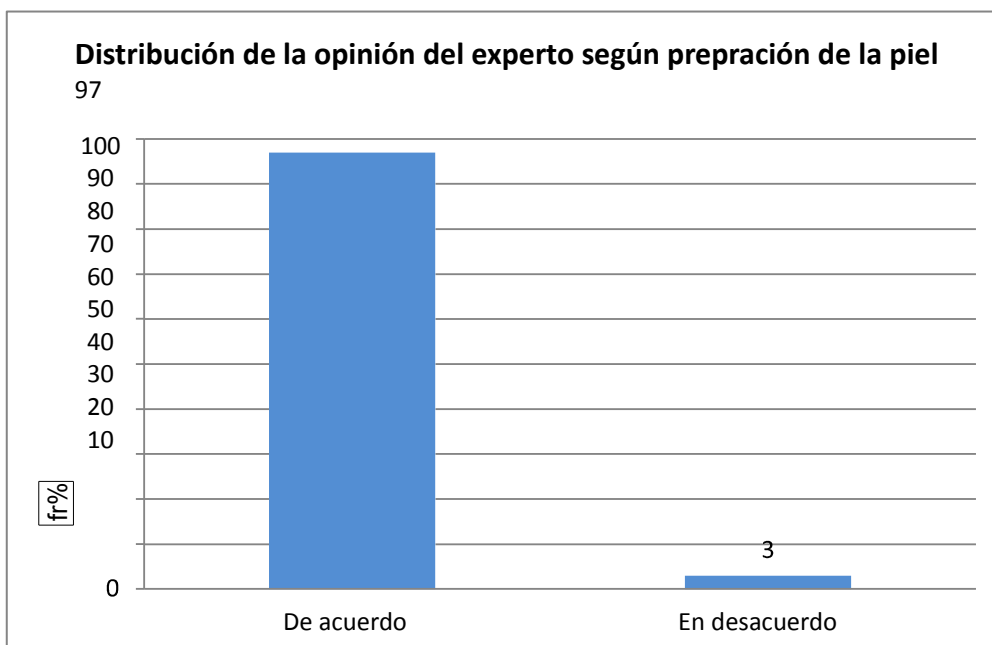
FUENTE: Instrumento utilizado en la segunda ronda de método Delphi modificado

**Tabla N°23:** Preparación de la piel

	<b>fa</b>	<b>fr</b>	<b>fr%</b>
De acuerdo	36	0.97	97
En desacuerdo	1	0.03	3
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la segunda ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N°23:** Distribución de la opinión del experto según preparación de la piel



FUENTE: Instrumento utilizado en la segunda ronda de método Delphi modificado



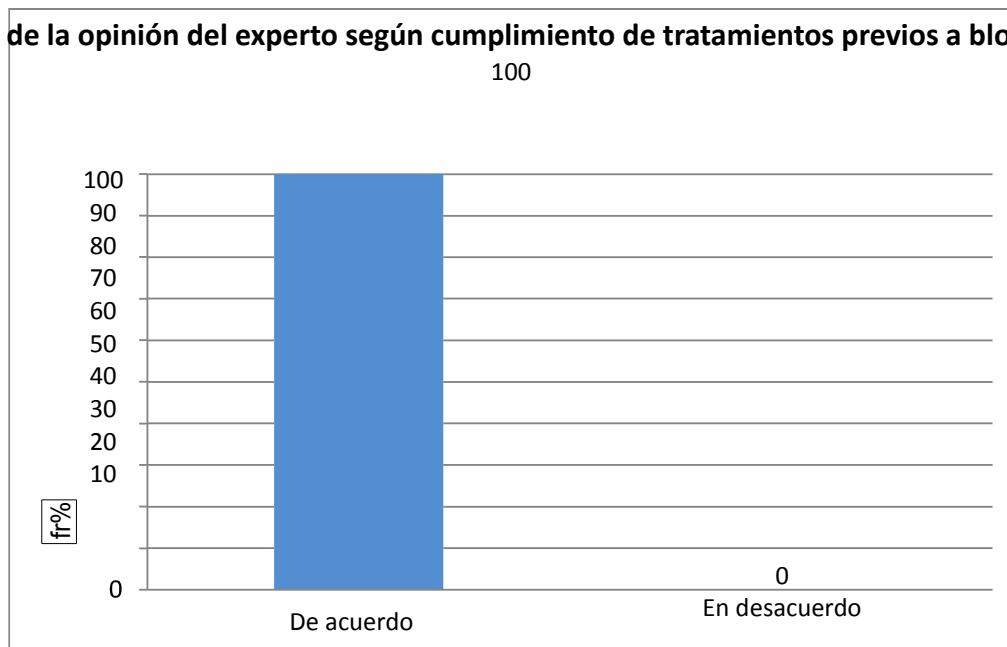
**Tabla N°24:** Cumplimiento de tratamientos previos a block quirúrgico

	<b>fa</b>	<b>fr</b>	<b>fr%</b>
De acuerdo	37	1	100
En desacuerdo	0	0	0
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la segunda ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N°24:** Distribución de la opinión del experto según cumplimiento de tratamientos previos a block quirúrgico

**Distribución de la opinión del experto según cumplimiento de tratamientos previos a block quirúrgico**



FUENTE: Instrumento utilizado en la segunda ronda de método Delphi modificado

**Tabla N°25:** Aspectos a destacar de la valoración de enfermería

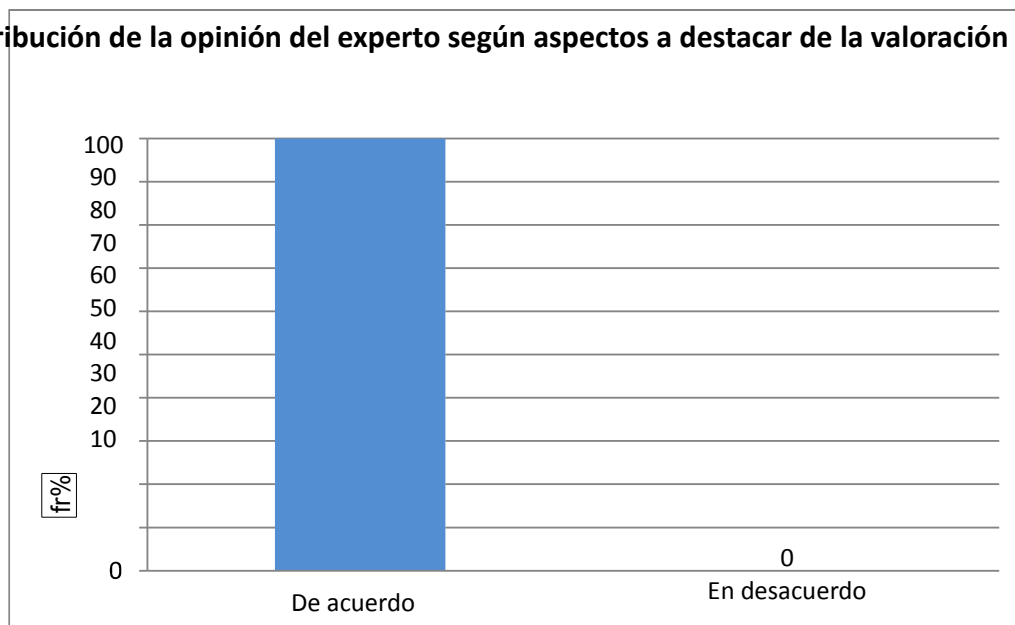
	<b>fa</b>	<b>fr</b>	<b>fr%</b>
De acuerdo	37	1	100
En desacuerdo	0	0	0
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la segunda ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N°25:** Distribución de la opinión del experto según aspectos a destacar de la valoración de enfermería

**Distribución de la opinión del experto según aspectos a destacar de la valoración de enfermería**

100



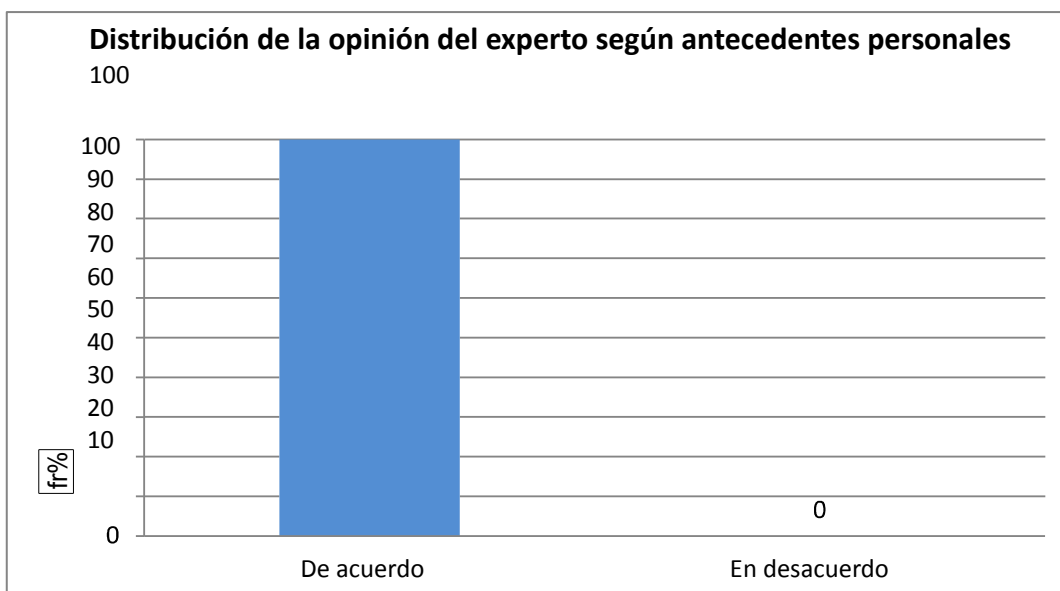
FUENTE: Instrumento utilizado en la segunda ronda de método Delphi modificado

**Tabla N°26:** Antecedentes personales

	<b>fa</b>	<b>fr</b>	<b>fr%</b>
De acuerdo	37	1	100
En desacuerdo	0	0	0
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la segunda ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N°26:** Distribución de la opinión del experto según antecedentes personales



FUENTE: Instrumento utilizado en la segunda ronda de método Delphi modificado

**Tabla N°27:** Reporte del problema identificado

	<b>fa</b>	<b>fr</b>	<b>fr%</b>
De acuerdo	36	0,97	97
En desacuerdo	1	0,03	3
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la segunda ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N°27:** Distribución de la opinión del experto según reporte del problema identificado



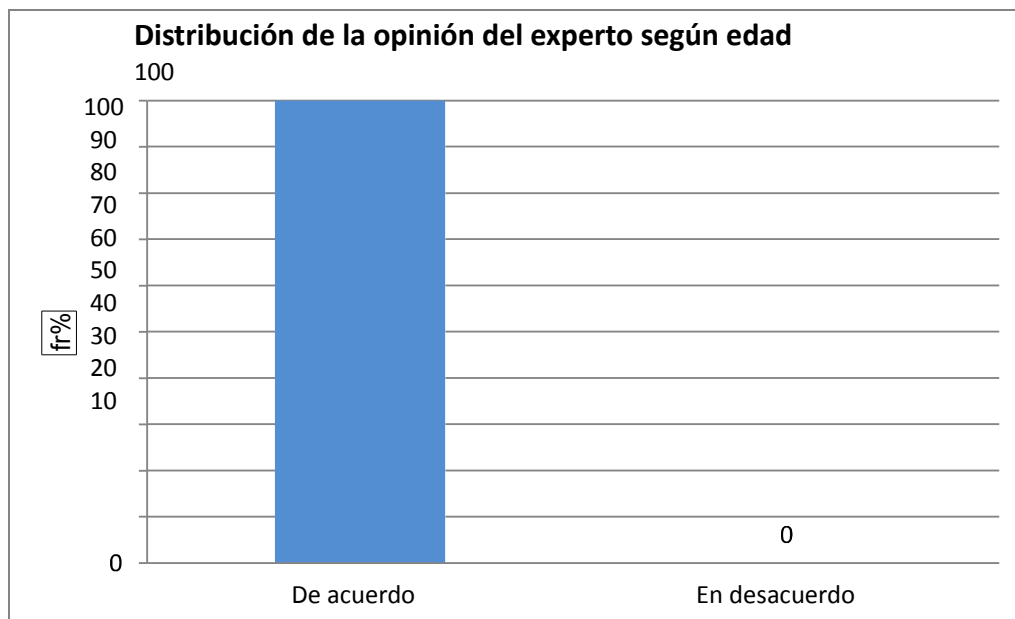
FUENTE: Instrumento utilizado en la segunda ronda de método Delphi modificado

**Tabla N°28:** Edad

	<b>fa</b>	<b>fr</b>	<b>fr%</b>
De acuerdo	37	1	100
En desacuerdo	0	0	0
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la segunda ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N°28:** Distribución de la opinión del experto según edad



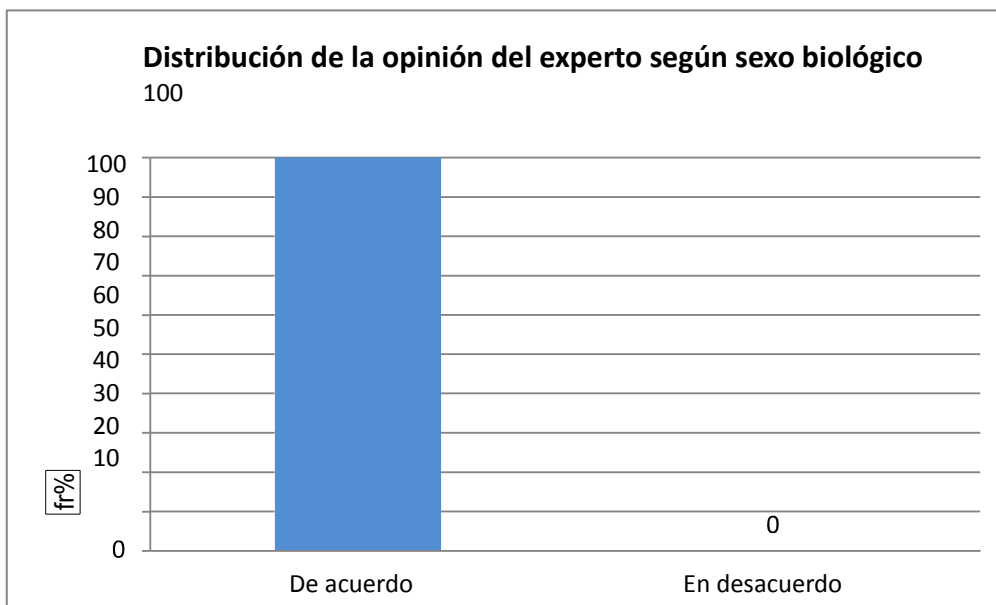
FUENTE: Instrumento utilizado en la segunda ronda de método Delphi modificado

**Tabla N°29:** Sexo biológico

	<b>fa</b>	<b>fr</b>	<b>fr%</b>
De acuerdo	37	1	100
En desacuerdo	0	0	0
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

FUENTE: Instrumento utilizado en la segunda ronda de método Delphi modificado

**Gráfica N° 29:** Distribución de la opinión del experto según sexo biológico



FUENTE: Instrumento utilizado en la segunda ronda de método Delphi modificado