

# Aplicación y conocimiento de la lista chequeo y pausa de seguridad en cirugía programada por el personal de salud en salas de cirugía en un hospital de tercer nivel de Bogotá en el primer periodo del 2014

Ingrid Carolina Guayan Ardila<sup>1</sup>  
Diana Carolina Bernal<sup>2</sup>  
Jeny Alexandra Cabezas<sup>2</sup>  
Leidy Vanessa Baquero<sup>2</sup>

## Resumen

### Objetivo

Aplicación y conocimiento de la lista chequeo - pausa de seguridad en cirugía programada, salas de cirugía en un hospital de tercer nivel, Bogotá, 2014.

### Materiales y métodos

Estudio descriptivo en variables de conocimiento y grado de cumplimiento de lista de chequeo - pausa de seguridad.

### Resultados

Se evidencia que aproximadamente el 50 % del personal tiene conocimientos sobre las siguientes preguntas: ¿sabe que es un evento adverso?, ¿conoce las causas de la aparición de un evento adverso?, ¿conoce cuál es la clasificación del evento adverso?, ¿sabe cuál es la diferencia entre accidente e incidente?, ¿sabe cuáles son los 10

<sup>1</sup> Investigador principal. Docente de Instrumentación Quirúrgica. Fundación Universitaria del Área Andina. Instrumentadora Quirúrgica, epidemióloga, Gerente de Instituciones en Salud. Hospital Universitario de la Samaritana. E.S.E. Candidata a magíster en Salud Pública y Desarrollo Social.

<sup>2</sup> Estudiantes opción de grado en Instrumentación Quirúrgica.

correctos de la administración de medicamentos? y ¿sabe en qué formato diligenciar un evento adverso?; a la realización del segundo instrumento se observa: ¿realiza las tres pausas de seguridad en sala de cirugía? y ¿aplica la lista de chequeo en cirugía? en N= 54, se evidenció el cumplimiento en el 60 % en jefes y auxiliares de enfermería, 44 % anestesiólogos, 43 % residentes de anestesia, 37 % cirujanos, 33 % instrumentadoras quirúrgicas y 0 % residentes de cirugía.

### **Conclusiones**

El 50 % del personal tiene conocimiento del tema, las auxiliares de enfermería asumieron la responsabilidad de direccionar la ejecución de lista de chequeo y pausa de seguridad. Debido a las múltiples responsabilidades de todo el equipo quirúrgico, no es posible priorizar la realización del proceso, lo que evidenció el bajo cumplimiento a la hora de comenzar cada procedimiento quirúrgico.

### **Palabras clave**

Evento adverso, lista de chequeo, estándares, organización, administración, instrumentación.

## Introducción

Los eventos adversos (EA) ocurren cuando: algo no fue planeado como parte de la atención médica, o no funciona como se esperaba; o por una deficiente planeación, error médico de tipo profi-láctico, diagnóstico o terapéutico, que no corresponda con el problema real de salud del paciente (1). Todo paciente que ingresa al servicio de cirugía está potencialmente expuesto a sufrir un evento adverso, pues al encontrarse bajo el efecto de la anestesia, no tiene la posibilidad de reaccionar frente a alguna situación de peligro ante su salud e integridad física y mental, o al presentar una infección o complicación durante el procedimiento quirúrgico; de esta manera, los eventos adversos se deben a múltiples factores y de varias personas que tienen contacto con el paciente (2).

Los eventos adversos ocurren con frecuencia al momento de brindarle una atención al paciente. Tal vez un evento adverso resulte de una manera inesperada hacia el paciente, por lo cual, es preciso conocer qué es un evento adverso y la información necesaria para que se puedan minimizar y prestar un servicio con calidad.

Es la situación o suceso no deseado a la hora de brindar una atención de salud y no derivado de la misma enfermedad o

condición de salud en la que se encuentre el paciente. Ocurre cuando algo que fue planeado como parte de la atención médica no funciona como era de esperarse o como se deseaba que saliera, por otro lado, puede ocurrir porque esa misma planeación de pronto fue la equivocada (3).

Es importante reconocer que estos sucesos o eventos no siempre son originados por la falla humana, sino que ocurren por el mismo sistema que se utilice en la institución. Al hablar de un error médico, no quiere decir que es el error cometido por los médicos, si no que se les llama así a las situaciones adversas que se presentan por cualquier prestación de salud.

Cualquier análisis de evento adverso debe partir de la base de que nadie en el equipo de salud ni en la institución tiene la mínima intención de hacerle daño al paciente. El propósito de los profesionales del área de la salud, de los equipos y de las instituciones de salud es mantener, recuperar o mejorar las condiciones de salud de los pacientes, o al menos no hacer daño (4).

La lista de chequeo consiste en que el equipo quirúrgico identifique la seguridad del paciente antes de la inducción de la anestesia, esta verificación la puede llevar a cabo cualquier integrante del

equipo, quien debe realizar una serie de preguntas como: nombre del paciente y que este tenga directa relación con el procedimiento y sitio de la incisión, instrumental quirúrgico completo y estéril, medicamentos completos, prevención en caso de hemorragias, alergias, difícil intubación para la anestesia o pérdida de la esterilidad, al irse terminando la cirugía, se debe realizar el recuento del instrumental, gasas, compresas e identificación de las muestras que irán a patología (5, 6).

Esta labor tarda aproximadamente 2 o 3 minutos y su ganancia es significativa, con ella se pretende evitar los eventos adversos en salas de cirugía. La seguridad de los pacientes quirúrgicos es responsabilidad de todo un equipo, para poder brindarle garantía de calidad de la atención en salud, es de vital importancia tener en cuenta los parámetros para medir un evento adverso, tanto el humano, como el del sistema (7, 8).

La lista de verificación divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (entrada), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior,

pero anterior a la salida del paciente del quirófano (salida). En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el coordinador de la lista confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas. A medida que los equipos quirúrgicos se familiaricen con los pasos de la lista de verificación, podrán integrar los controles en sus esquemas de trabajo habituales y anunciar en voz alta la ejecución de cada uno de esos pasos sin necesidad de intervención explícita por parte del coordinador.

Un equipo quirúrgico debe contar con métodos que prevean la aparición de un evento adverso, para brindarle en lo posible la mejor atención. Cuando sucede, se debe hablar de manera clara con el paciente y con la familia, para que entiendan lo ocurrido (9).

## **Materiales y métodos**

Estudio descriptivo para medir variables de conocimiento y grado de cumplimiento de lista de chequeo y pausa de seguridad en salas de cirugía de un hospital de tercer nivel, en el primer semestre 2014. Se tomaron como población de estudio a los trabajadores de salud de una institución de tercer nivel de Bogotá, entre ellos: anesthesiólogos, médicos cirujanos, instrumentadoras quirúrgicas, auxiliares de enfermería y jefes de

salas, residentes de cirugía y anestesia seleccionados al azar. El muestreo fue intencional del periodo de tiempo, la muestra fue el personal que intervino en los procedimientos quirúrgicos programados de la semana 20 abril al 15 de mayo de 2014: anestesiólogos, médicos cirujanos, instrumentadoras quirúrgicas, auxiliares de enfermería y jefes de salas, residentes de cirugía y anestesia. N=54.

**Criterios de inclusión y exclusión:** se decide incluir a todo el personal que intervino en los procedimientos quirúrgicos en el periodo seleccionado: anestesiólogos, residentes de anestesia, cirujanos, residentes de cirugía, instrumentadoras, auxiliares de enfermería y jefe de enfermería de turno. Y se decidió no tener ningún criterio de exclusión porque los estudiantes y residentes son parte activa en la realización de la lista de chequeo y pausa de seguridad.

**Metodología:** esta investigación se realizó en dos fases la primera fue la revisión temática, teniendo en cuenta publicaciones nacionales, latinoamericanas y norteamericanas relacionadas con el tema en las siguientes bases de datos Pubmed, Scielo, Ebsco y Lilacs y la segunda validación de los instrumentos y aplicación.

**Instrumentos para la recolección de datos:** como instrumentos para la recolección de datos se realizó primero un cuestionario con 6 preguntas estructuradas para contestar sí o no. En él, se evaluaba el conocimiento que manejaba el personal de salas de cirugía sobre evento adverso, lista de chequeo y pausa de seguridad; su validación se llevó a cabo por el asesor metodológico y unos cuestionarios piloto que determinaron el objetivo de investigación.

Se realizaron las siguientes preguntas a cada miembro del equipo quirúrgico:

¿sabe que es un evento adverso?, ¿conoce las causas de la aparición de un evento adverso?, ¿conoce cuál es la clasificación del evento adverso?, ¿sabe cuál es la diferencia entre accidente e incidente?, ¿sabe cuáles son los 10 correctos de la administración de medicamentos?, ¿sabe en qué formato diligenciar un evento adverso?

Se determinó como segundo instrumento una lista de chequeo de 2 momentos donde se verificaba por parte de los auxiliares de investigación si se realizaba o no la lista de chequeo y la pausa de seguridad; es importante aclarar que los investigados no se dieron cuenta de la realización de esta lista de chequeo para no interferir en su cotidianidad. Las

preguntas fueron: ¿realiza las tres pausas de seguridad en sala de cirugía?, ¿aplica la lista de chequeo en cirugía?

**Técnica de recolección de datos:** la recolección de la información estuvo a cargo de los auxiliares de investigación, quienes verificaron las cirugías y los equipos quirúrgicos del periodo de tiempo seleccionado realizando el cuestionario en un primer tiempo y realizaron la lista de chequeo en un segundo tiempo observando el cumplimiento de la realización de la lista de chequeo y pausa de seguridad.

El análisis de la información se realizó con la tabulación y análisis de resultados

en Microsoft Excel 2014 seleccionando, tabulando y figurando los 8 ítems.

**Resultados.** la aplicación del primer instrumento fue un cuestionario de conocimiento: Se evidenció que aproximadamente el 50 % del personal tiene conocimientos sobre las siguientes preguntas: ¿sabe qué es un evento adverso?, ¿conoce las causas de la aparición de un evento adverso?, ¿conoce cuál es la clasificación del evento adverso?, ¿sabe cuáles son los 10 correctos de la administración de medicamentos? y ¿sabe en qué formato diligenciar un evento adverso?;

en cuanto a la pregunta: ¿sabe cuál es la diferencia entre accidente e incidente? De 12 instrumentadoras, 5 saben cuál es la diferencia, de 8 médicos cirujanos, 5 saben cuál es la diferencia, de 8 médicos anestesiólogos, todos saben la diferencia, de 7 residentes de anestesia, 4 saben cuál es la diferencia, de 9 residentes de cirugía, 5 saben cuál es la diferencia, de 10 auxiliares y jefes de enfermería, 1 sabe la diferencia.

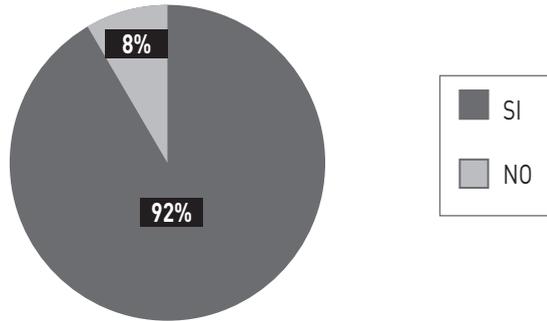
Se realizaron las siguientes preguntas a cada miembro del equipo quirúrgico:

¿sabe que es un evento adverso?, ¿conoce las causas de la aparición de un evento adverso?, ¿conoce cuál es la clasificación del evento adverso?, ¿sabe cuál es la diferencia entre accidente e incidente?, ¿sabe cuáles son los 10 correctos de la administración de medicamentos?, ¿sabe en qué formato diligenciar un evento adverso?, ¿realiza las tres pausas de seguridad en sala de cirugía?, ¿aplica la lista de chequeo en cirugía?

Los resultados de la investigación mostraron que de 12 instrumentadoras, 11 saben qué es un evento adverso (Figura 1), 9 conocen las causas de aparición de un evento adverso (Figura 2), 3 conocen la clasificación de un evento adverso (Figura 3), 5 saben cuál es la diferencia

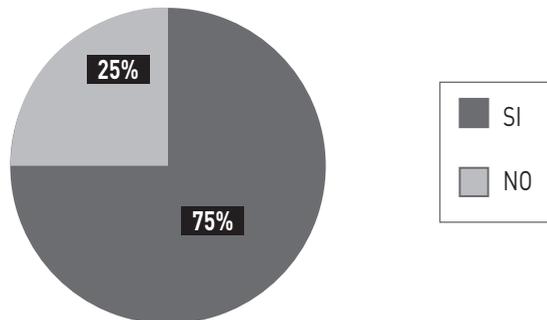
entre accidente e incidente (Figura 4), 5 conocen cuales son los 10 correctos de la administración de medicamentos (Figura

5), 11 conocen qué formato deben diligenciar para reportar un evento adverso (Figura 6).



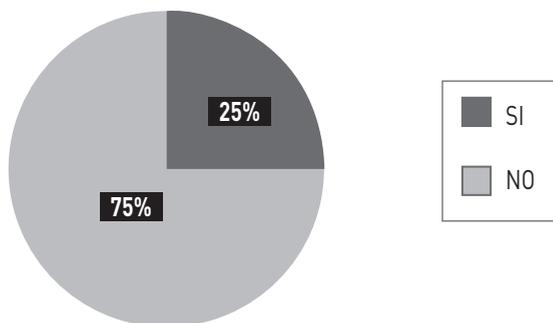
**Figura 1. ¿Sabe qué es un evento adverso? Instrumentadores quirúrgicos.**

Fuente: elaboración propia.



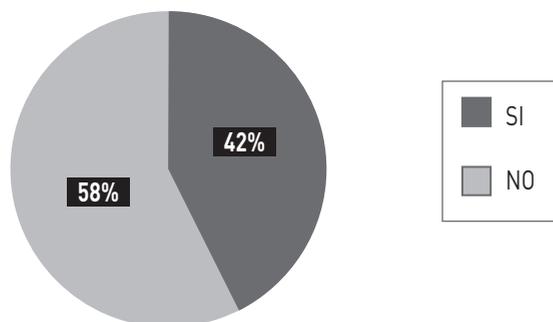
**Figura 2. Conoce las causas de la aparición de un evento adverso. Instrumentadores quirúrgicos.**

Fuente: elaboración propia.



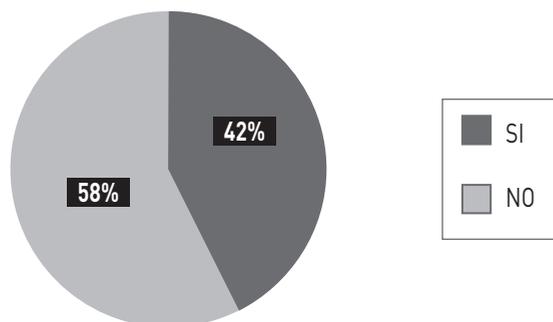
**Figura 3. ¿Conoce cuál es la clasificación del evento adverso? Instrumentadores quirúrgicos.**

Fuente: elaboración propia.



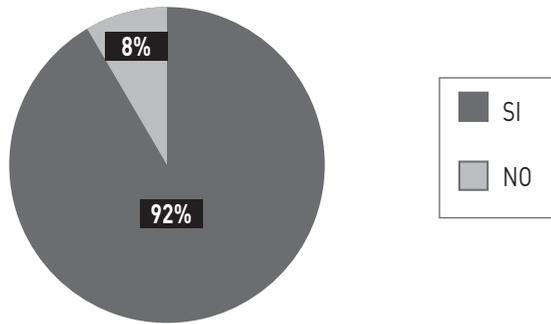
**Figura 4. ¿Sabe cuál es la diferencia entre accidente e incidente?.**

Fuente: elaboración propia.



**Figura 5. ¿Sabe cuáles son los 10 correctos de la administración de medicamentos? Instrumentadores quirúrgicos.**

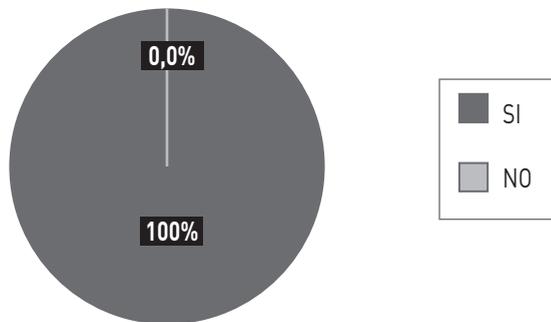
Fuente: elaboración propia.



**Figura 6. ¿Sabe en qué formato diligenciar un evento adverso? Instrumentadores quirúrgicos.**

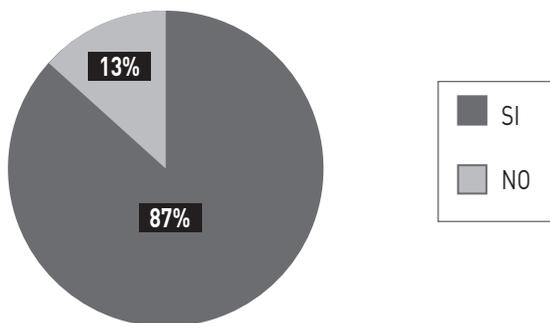
Fuente: elaboración propia.

De 8 cirujanos, todos saben qué es un evento adverso (Figura 7), 7 conocen las causas de aparición de un evento adverso (Figura 8), 4 conocen la clasificación de un evento adverso (Figura 9), 5 saben cuál es la diferencia entre accidente e incidente (Figura 10), 5 conocen cuáles son los 10<sup>o</sup> correctos de la administración de medicamentos (Figura 11), 8 conocen qué formato deben diligenciar para reportar un evento adverso (Figura 12).



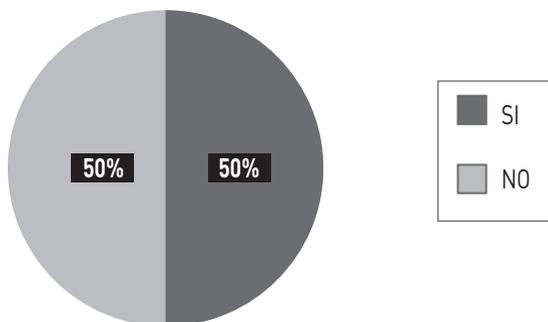
**Figura 7. ¿Sabe qué es un evento adverso? Médicos cirujanos. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.



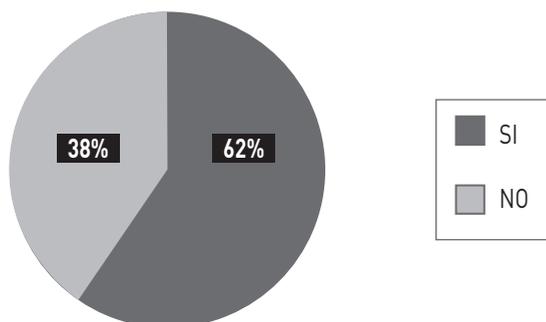
**Figura 8. Conoce las causas de un evento adverso? Médicos cirujanos. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.



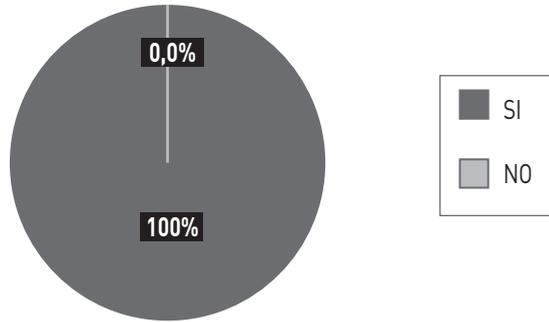
**Figura 9. ¿Conoce cuál es la clasificación de un evento adverso? Médicos cirujanos. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.



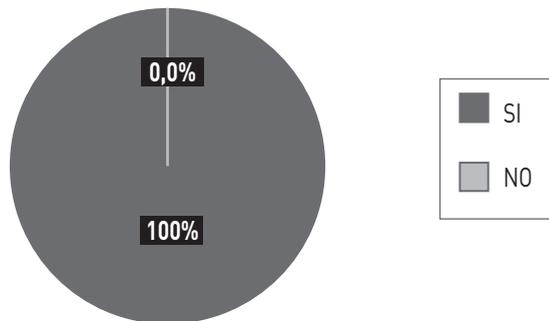
**Figura 10. ¿Conoce la diferencia entre accidente e incidente? Médicos cirujanos. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.



**Figura 11. ¿Conoce los 10 correctos de la administración de medicamentos? Médicos cirujanos. Bogotá, 2014.**

Fuente: Evaluación del conocimiento de los procesos de lista chequeo y pausa de seguridad en salas de cirugía en un hospital de tercer nivel de Bogotá en el 2014; Diana C. Bernal M, Jenny A. Cabezas S, Leidy V. Baquero M.

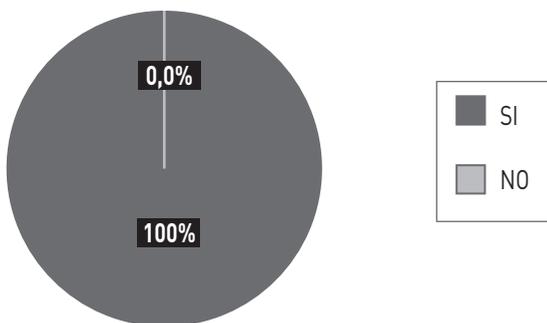


**Figura 12. ¿Sabe qué formato reportar un evento adverso? Médicos cirujanos. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.

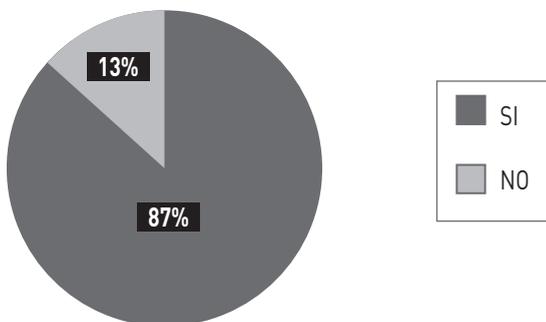
De 8 médicos anestesiólogos, todos saben que es un evento adverso (Figura 13), 7 conocen las causas de aparición de un evento adverso (Figura 14), 3 conocen la clasificación de un evento adverso (Figura 15), todos saben cuál es

la diferencia entre accidente e incidente (Figura 16), 4 conocen cuales son los 10 correctos de la administración de medicamentos (Figura 17), todos conocen el formato que deben diligenciar para reportar un evento adverso (Figura 18).



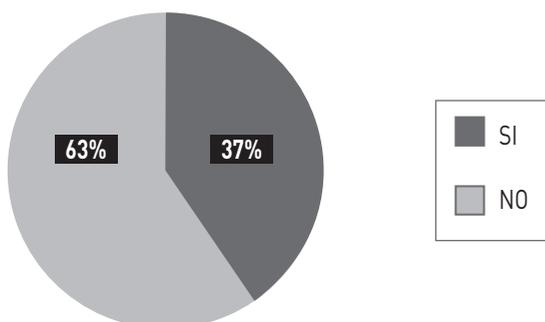
**Figura 13. ¿Sabe qué es un evento adverso? Médicos anestesiólogos. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.



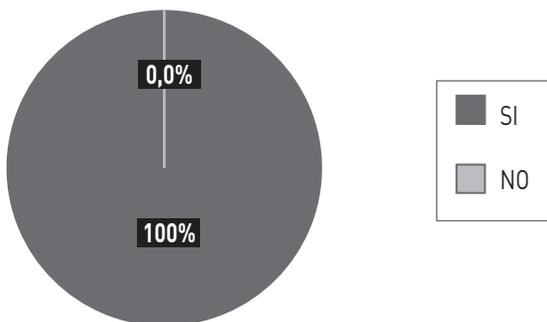
**Figura 14. ¿Conoce las causas de un evento adverso? Médicos anestesiólogos. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.



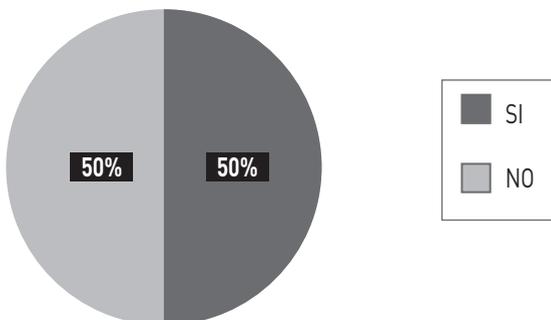
**Figura 15. ¿Conoce cuál es la clasificación de un evento adverso? Médicos anestesiólogos. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.



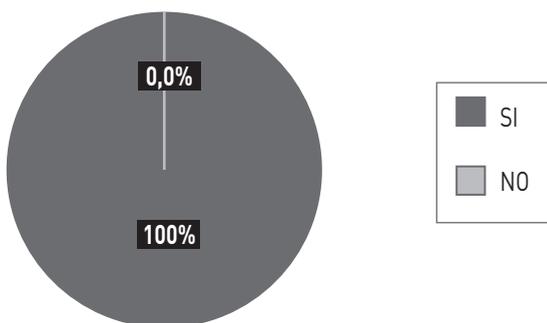
**Figura 16. ¿Conoce la diferencia entre accidente e incidente? Médicos anestesiólogos. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.



**Figura 17. ¿Conoce los 10 correctos de la administración de medicamentos? Médicos anestesiólogos. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.

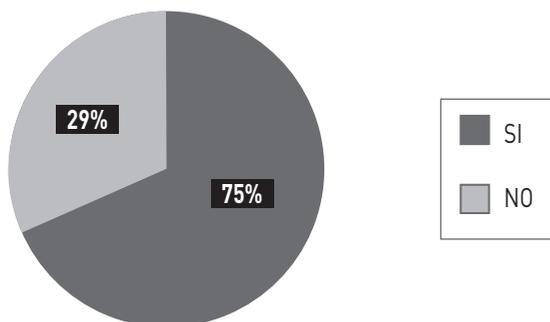


**Figura 18. ¿Sabe en qué formato reportar un evento adverso? Médicos anestesiólogos. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.

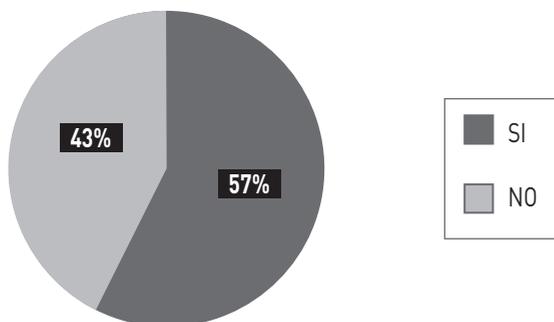
De 7 residentes de anestesiología, 5 saben que es un evento adverso (figura 19), 4 conocen las causas de aparición de un evento adverso (figura 20), 3 conocen la clasificación de un evento adverso (figura 21), 4 saben cuál es la diferencia

entre accidente e incidente (figura 22), 3 conocen cuales son los 10º correctos de la administración de medicamentos (figura 23), 6 conocen que formato deben diligenciar para reportar un evento adverso (figura 24).



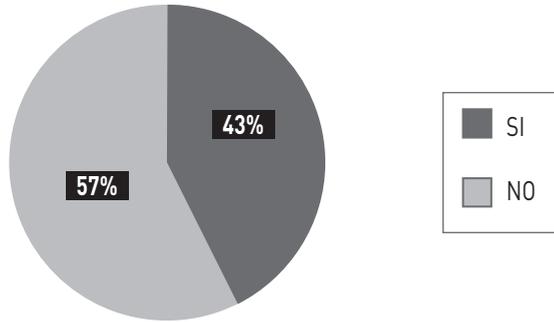
**Figura 19. ¿Sabe que es un evento adverso? Residentes de anestesiología. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.



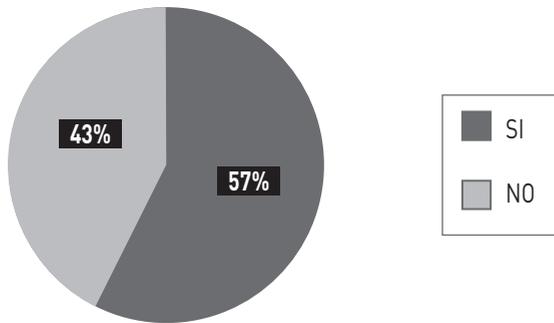
**Figura 20. ¿Conoce las causas de un evento adverso? Residentes de anestesiología. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.



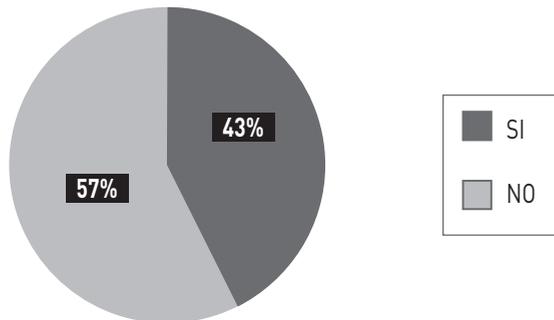
**Figura 21. ¿Conoce la clasificación de un evento adverso? Residente de anestesiología. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.



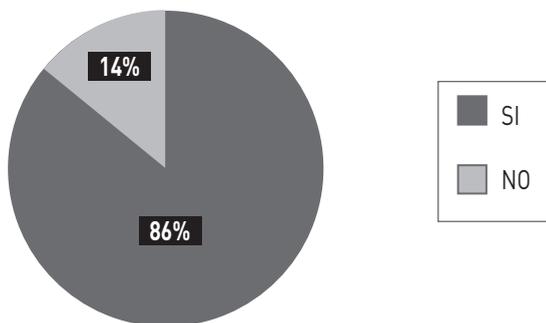
**Figura 22. ¿Conoce la diferencia entre accidente e incidente? Residentes de anestesiología. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.



**Figura 23. ¿Conoce los 10 correctos de la administración de medicamentos? Residentes de anestesiología. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.

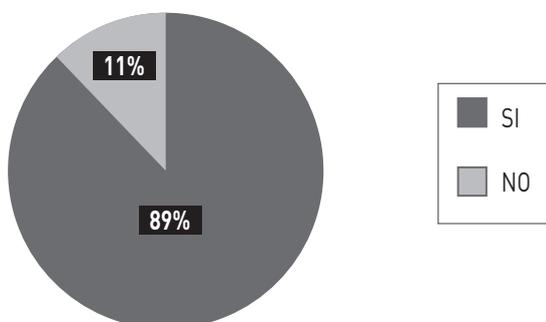


**Figura 24. ¿Sabe en qué formato reportar un evento adverso? Residentes de anestesiología. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.

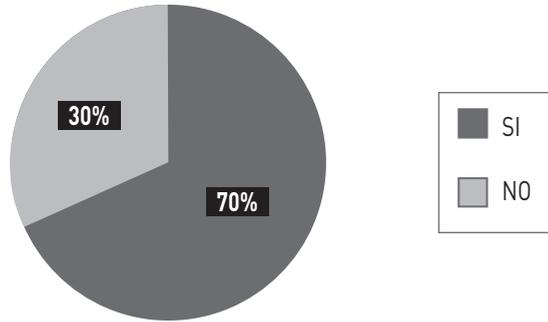
De 9 residentes de cirugía, 8 saben qué es un evento adverso (figura 25) 7 conocen las causas de aparición de un evento adverso (figura 26), 2 conocen la clasificación de un evento adverso (figura 27), 5 saben cuál es la diferencia entre

accidente e incidente (figura 28), 3 conocen los 10 correctos de la administración de medicamentos (figura 29), 6 conocen el formato que deben diligenciar para reportar un evento adverso (figura 30).



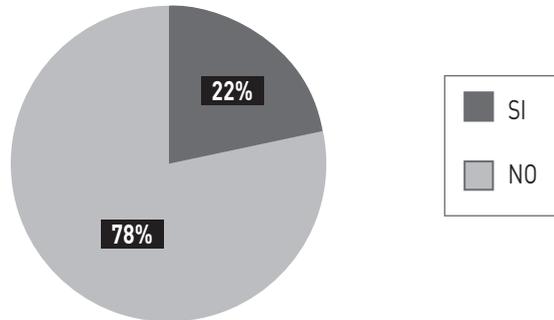
**Figura 25. ¿Sabe que es un evento adverso? Residentes de cirugía. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.



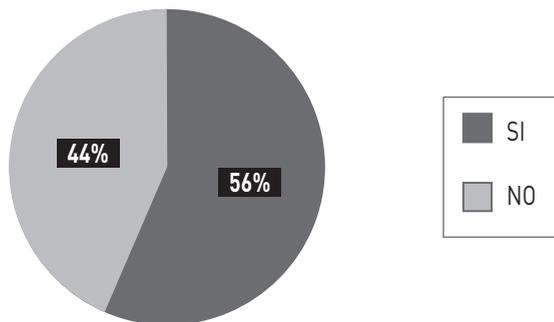
**Figura 26. ¿Conoce las causas de la aparición de un evento adverso? Residente de cirugía. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.



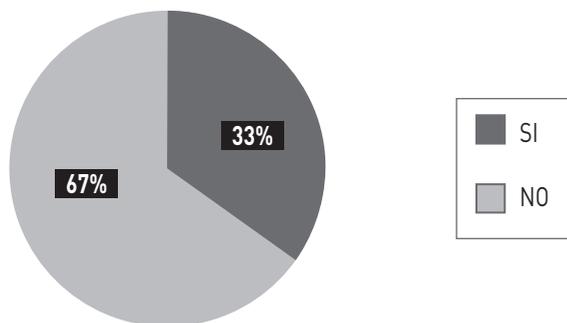
**Figura 27. ¿Conoce la clasificación de un evento adverso? Residentes de cirugía. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.



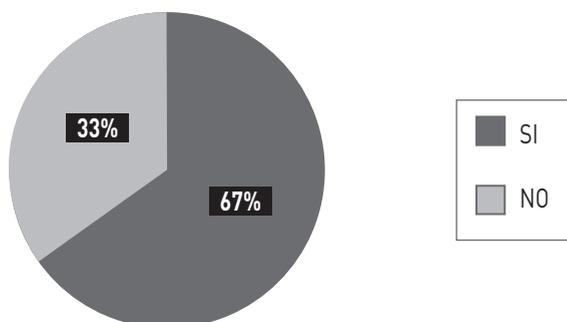
**Figura 28. ¿Conoce la diferencia entre accidente e incidente? Residente de cirugía. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.



**Figura 29. ¿Sabe cuáles son los 10 correctos de la administración de medicamentos? Residente de cirugía. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.

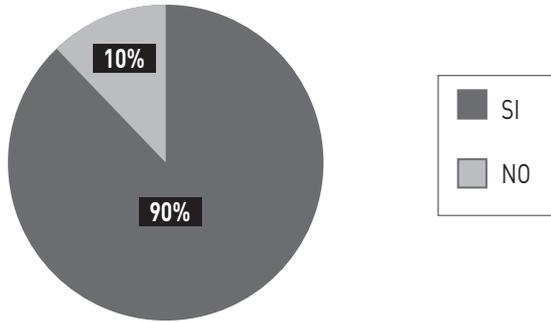


**Figura 30. ¿Sabe en qué formato diligenciar un evento adverso? Residente de cirugía. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.

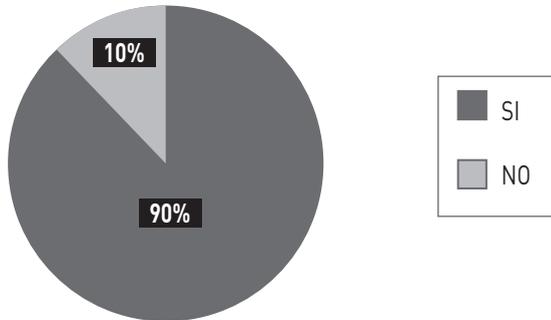
Los resultados de la investigación mostraron que de 10 auxiliares y jefes enfermeras, 9 saben lo que es un evento adverso (figura 31), 9 conocen las causas de aparición de un evento adverso (figura 32), 4 conocen la clasificación de un evento adverso (figura 33), 1 sabe cuál

es la diferencia entre accidente e incidente (figura 34), 7 conocen cuáles son los 10 correctos de la administración de medicamentos (figura 35), y 10 conocen el formato que deben diligenciar para reportar un evento adverso (figura 36).



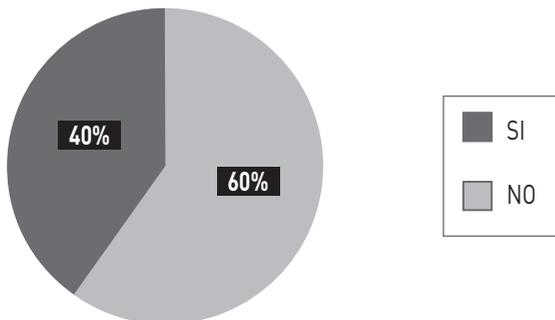
**Figura 31. ¿Sabe que es un evento adverso? Auxiliares de enfermería y jefes de salas de cirugía. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.



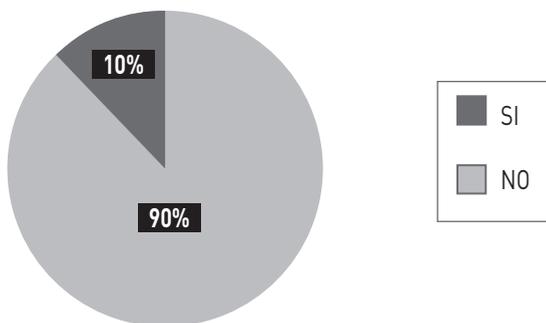
**Figura 32. ¿Conoce las causas de la aparición de un evento adverso? Auxiliares de enfermería y jefes de salas de cirugía. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.



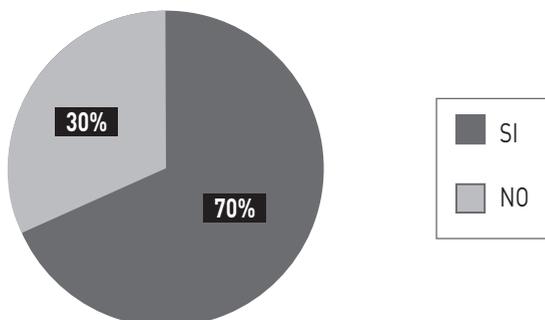
**Figura 33. ¿Conoce la clasificación de un evento adverso? Auxiliares de enfermería y jefes de salas de cirugía. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.



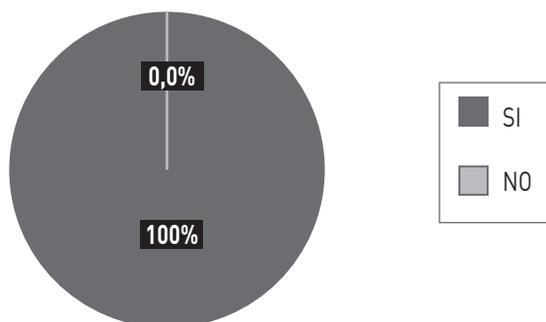
**Figura 34. ¿Conoce la diferencia entre accidente e incidente? Auxiliares de enfermería y jefes de salas de cirugía. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.



**Figura 35. ¿Sabe cuáles son los 10 correctos de la administración de medicamentos? Auxiliares de enfermería y jefes de salas de cirugía. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.



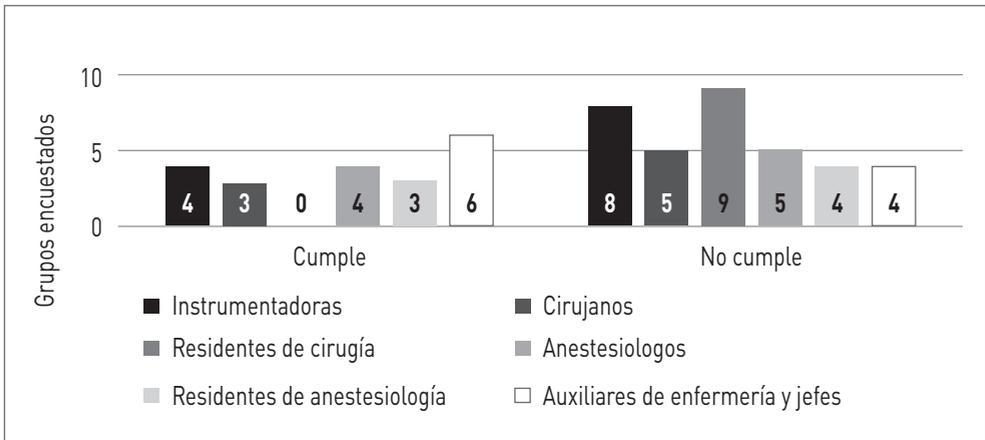
**Figura 36. ¿Sabe en qué formato diligenciar un evento adverso? Auxiliares de enfermería y jefes de salas de cirugía. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.

Al momento de la realización del segundo instrumento la lista de chequeo: ¿Realiza las tres pausas de seguridad en sala de cirugía? Y ¿aplica la lista de chequeo en cirugía? en N= 54, se evidenció el cumplimiento en el 60 % en jefes y auxiliares de enfermería, 44 % anestesiólogos, 43 % residentes de anestesia,

37 % cirujanos, 33 % Instrumentadoras quirúrgicas y 0 % residentes de cirugía.

Se verifica la realización de tableros antes de ingresar el paciente por parte de los residentes de cirugía sin verificar los datos con el equipo quirúrgico y al finalizar el procedimiento no se observa la realización de pausa de seguridad.

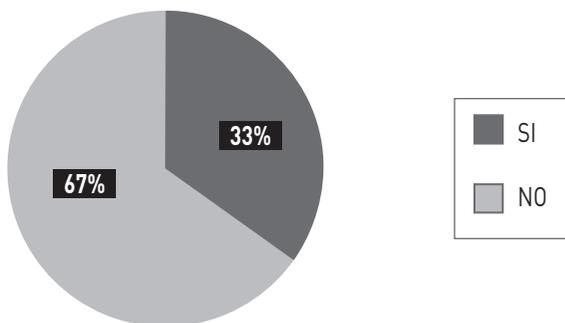


**Figura 37. Aplicación de pausa de seguridad y lista de chequeo. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.

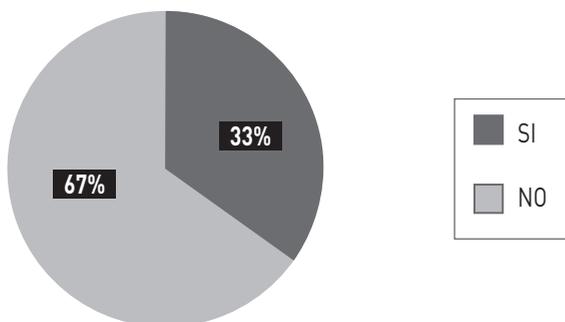
De 12 instrumentadores 4 realizan las tres pausas de seguridad (figura 38),

4 aplican la lista de chequeo en cirugía (figura 39).



**Figura 38. ¿Realiza las tres pausas de seguridad en salas de cirugía? Instrumentadoras quirúrgicas. Bogotá, 2014.**

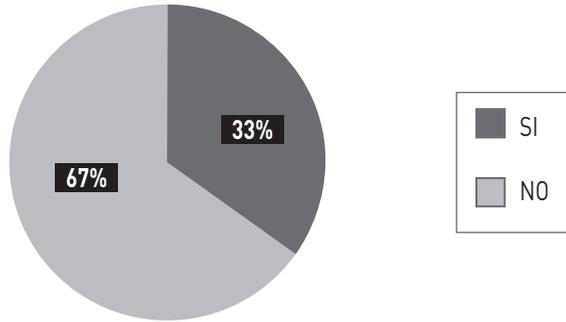
Fuente: elaboración propia.



**Figura 39. ¿Aplica la lista de chequeo en salas de cirugía? Instrumentadores quirúrgicos. Bogotá, 2014.**

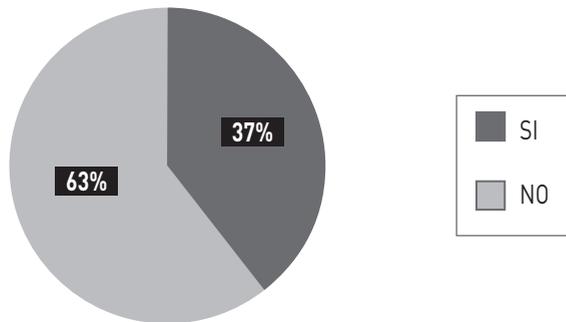
Fuente: elaboración propia.

De 8 médicos cirujanos 3 realizan las tres pausas de seguridad (figura 40), 3 aplican la lista de chequeo en cirugía (figura 41).



**Figura 40. ¿Realiza las tres pausas de seguridad en salas de cirugía? Médicos cirujanos. Bogotá, 2014.**

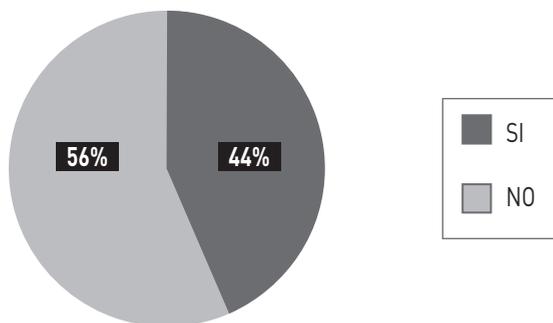
Fuente: elaboración propia.



**Figura 41. ¿Aplica la lista de chequeo en salas de cirugía? Médicos cirujanos. Bogotá, 2014.**

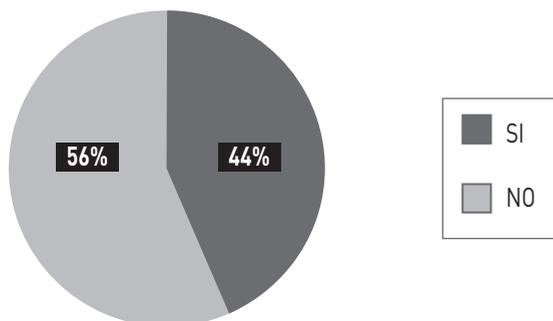
Fuente: elaboración propia.

De 8 médicos anesestesiólogos 4 realizan las tres pausas de seguridad (figura 42), 4 aplican la lista de chequeo en cirugía (figura 43).



**Figura 42. ¿Realiza las tres pausas de seguridad en salas de cirugía? Médico anesthesiólogo. Bogotá, 2014.**

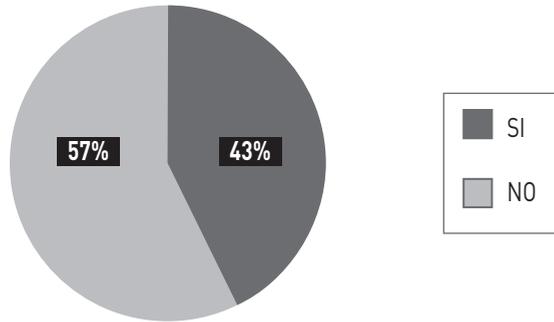
Fuente: elaboración propia.



**Figura 43. ¿Aplica la lista de chequeo en cirugía? Médico anesthesiólogo. Bogotá, 2014.**

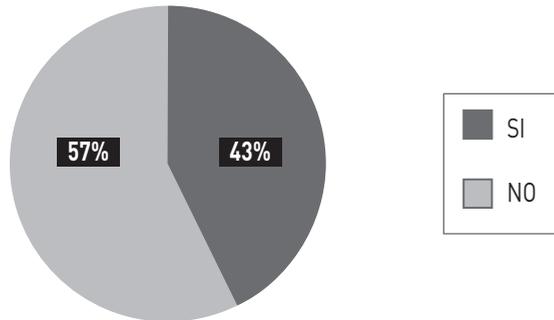
Fuente: elaboración propia.

De 7 residentes de anesthesiología (figura 44), 3 aplican la lista de chequeo en cirugía (figura 45). 3 realizan las tres pausas de seguridad



**Figura 44. ¿Realiza las tres pausas de seguridad en salas de cirugía? Residentes de anestesiología. Bogotá, 2014.**

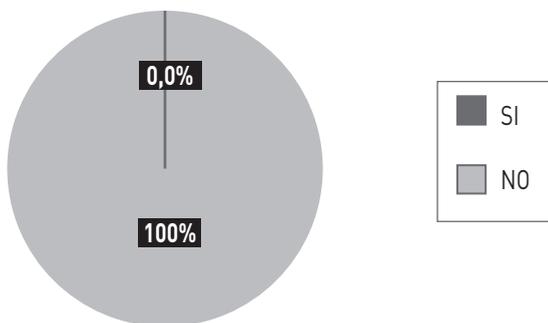
Fuente: elaboración propia.



**Figura 45. ¿Aplica la lista de chequeo en salas de cirugía? Residentes de anestesiología. Bogotá, 2014.**

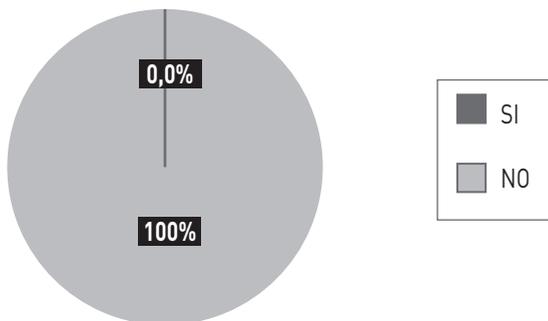
Fuente: elaboración propia.

De 9 residentes de cirugía, ninguno realiza las tres pausas de seguridad (figura 46), y ninguno aplica la lista de chequeo en cirugía (figura 47).



**Figura 46. ¿Realiza las tres pausas de seguridad en salas de cirugía? Residentes de cirugía. Bogotá, 2014.**

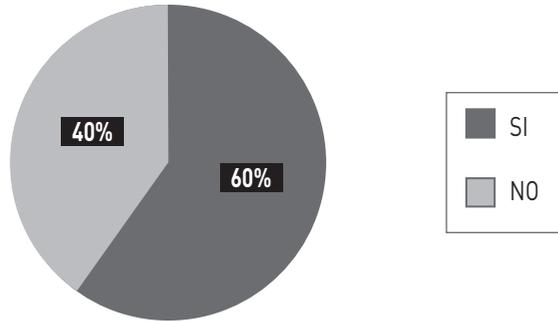
Fuente: elaboración propia.



**Figura 47. ¿Aplica la lista de cheque en salas de cirugía? Residentes de cirugía. Bogotá, 2014.**

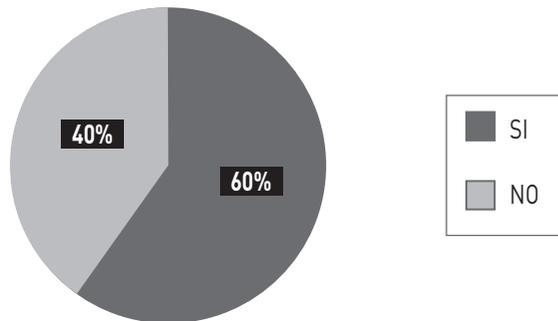
Fuente: elaboración propia.

De los auxiliares de enfermería: 6 (figura 48), 6 aplican la lista de chequeo realizan las tres pausas de seguridad en cirugía (figura 49).



**Figura 48. ¿Realiza las tres pausas de seguridad en salas de cirugía? Auxiliares de enfermería y jefes de salas de cirugía. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.



**Figura 49. ¿Aplica la lista de chequeo en salas de cirugía? Auxiliares de enfermería y jefes de salas de cirugía. Bogotá, 2014.**

Fuente: elaboración propia.

## Discusión y conclusiones

Las auxiliares de enfermería asumen la responsabilidad de direccionar la ejecución de lista de chequeo y pausa de seguridad, los residentes de cirugía consideran que la responsabilidad es del instructor, por tal motivo, no toman

la iniciativa de hacer la pausa de seguridad, las instrumentadoras quirúrgicas deben facturar, diligenciar formatos de la cirugía que termina y hacer el alistamiento del siguiente procedimiento, lo que explica su bajo cumplimiento. La mala remuneración hace que cirujanos y

anestesiólogos deban vincularse laboralmente a varias instituciones, lo que limita su tiempo y hace que asuman diferentes funciones como consulta, revista y cirugía; se concluye que, debido a las múltiples responsabilidades de todo el equipo quirúrgico, no es posible priorizar la realización del proceso, lo que evidenció el bajo cumplimiento a la hora de comenzar cada procedimiento quirúrgico.

Una de estas herramientas fue el uso de listas de chequeo, introducidas en la aviación desde 1935, y cuyo uso reciente en cirugía ha demostrado disminuir las complicaciones en un 36 % y las muertes en un 47 %. La implementación de la lista de chequeo de la OMS ha mostrado que genera un impacto en la percepción de la cultura de seguridad (10). Cuando se implementa la lista de chequeo, esto no es una tarea fácil y requiere, de parte de la institución prestadora de salud y de sus profesionales, liderazgo, trabajo en

equipo, flexibilidad y adaptación al cambio (11), el 20 % de los eventos adversos son producidos por errores en la comunicación y trabajo en equipo (12). Se propone realizar un programa de entrenamiento multifase a partir de modelos de intervención *TeamSTEPPS*<sup>®</sup> (13, 14).

La propia OMS sugiere su modificación, de acuerdo con los conocimientos previos y las necesidades locales. Muchos de los pasos indicados son obvios, y muchos de ellos ya son comprobados en la actualidad, pero también es cierto que en muy pocas ocasiones se realiza la comprobación de todos de forma sistemática. (15) El objetivo final de la LV es que, de manera sistémica, el equipo quirúrgico adopte una cultura mínima en seguridad esencial para el paciente, minimizando los riesgos más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida del paciente sometido a un procedimiento invasivo (16).

## Referencias

1. Martínez H, Borroto R, Iglesia M. Iatrogenia y error médico. Temas de ética médica. La Habana: Instituto de Ciencias Médicas, 1986:51-72.
2. Campaña G. Errores médicos en el ambiente quirúrgico: Cómo prevenirlos. Parte I. Generalidades. Revista chilena de cirugía, 2013;58(3):25-35.
3. Aguirre-Gas H, Vázquez-Estupiñán F. El error médico. Eventos adversos. Cirugía y Cirujanos, 2006;74(6):495-503.
4. Luengas S. MD Asesor sénior. Centro de gestión hospitalaria, seguridad del paciente conceptos y análisis de eventos adversos. Vía salud, 2009;48:8.
5. Becerra E, et al. Experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo-cirugía segura, Hospital Essalud, Chiclayo, Perú 2012. 2014.
6. Buitrago L. La lista de chequeo: un estándar de cuidado. Revista Colombiana de Anestesiología, 2013;41(3):182-183.
7. Serpa L. Nivel de conocimientos sobre seguridad del paciente y su relación con el grado de cumplimiento de la lista de chequeo en cirugía segura en el personal del centro quirúrgico del Hospital Uldarico Rocca Fernández 2011. [Tesis doctoral]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de medicina, 2014.
8. Intendencia de Prestadores de Salud. Estándares de Acreditación y la lista de chequeo de la OMS.
9. Letichevsky A; Vellasco M, Tanscheit R, Souza R. Categoría precisión en la metaevaluación: aspectos prácticos y teóricos en un nuevo enfoque. Ensaio: aval.pol.públ.Educ. 2005;13(47):255-268.
10. Haugen A, et al. Impact of the World Health Organization's Surgical Safety Checklist on safety culture in the operating theatre: A controlled intervention study. Br J Anaesthes, 2013;110:807-815.
11. Gómez L. La lista de chequeo: Un estándar de cuidado. Rev Colomb Anestesiología, 2013;41:182-183.
12. Arias A, et al. Efectividad de un programa para mejorar el trabajo en equipo en salas de cirugía. Rev Colomb Anestesiología, 2014;43(1):68-75.
13. Forse R, Bramble J, McQuillan R. Team training can improve operating room performance. Surgery, 2011;150:771-778.
14. Mayer C, et al. Evaluating efforts to optimize TeamSTEPPS implementation in surgical and pediatric intensive care units Jt Comm J Qual Patient Saf, 2011;37:365-374.
15. Grande L. Mejorar la seguridad en el quirófano reduce la mortalidad hospitalaria. Cir Esp, 2009;86(6):329-330.
16. Martínez-Rodríguez Ó, Gutiérrez-Dorantes S, Liévano-Torres S. Propuesta para implantar una lista de verificación de seguridad en procedimientos invasivos y quirófano. Contend contents, 2011;16(2):53.