



**“CONOCIMIENTO Y FACTIBILIDAD DE APLICACIÓN DE LA LISTA OMS
DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA.
SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE. ABRIL 2.017”**

VALENCIA; OCTUBRE 2.017.

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”**

**“CONOCIMIENTO Y FACTIBILIDAD DE APLICACIÓN DE LA LISTA OMS
DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA.
SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE
ABRIL 2.017”**

Autor: Marianeth N. Otalora G. C.I: V-13.809.305

VALENCIA; OCTUBRE 2.017.

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”**

**“CONOCIMIENTO Y FACTIBILIDAD DE APLICACIÓN DE LA LISTA OMS
DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA.
SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE
ABRIL 2.017”**

Autor: Marianeth N. Otalora G. C.I: V-13.809.305

Tutor Clínico: Dra. Marianna Rodríguez C.I: V-13.045.190

Tutor Metodológico y Estadístico: Prof. José A. García C.I: V-3.518.248

**TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO ANTE LA ILUSTRE
UNIVERSIDAD DE CARABOBO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA**

VALENCIA; OCTUBRE 2.017.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA
SEDE HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”

VEREDICTO

Nosotros, Miembros del Jurado designado para la evaluación del Trabajo Especial de Grado titulado: **“CONOCIMIENTO Y FACTIBILIDAD DE APLICACIÓN DE LA LISTA OMS DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA. SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE. ABRIL 2.017”**. Presentado por la Ciudadana **MARIANETH N. OTALORA G.**, portadora de la cédula de identidad N° **V-13.809.305**, para optar al título de **ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA**, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como **APROBADO**.

Nombre:

CI:

Firma:

Dra. DENNY VARGAS

7.123.885

Dr. NILSON PANTALEÓN

14.754.394

Dr. JOSÉ VALERO

4.741.595

VALENCIA, OCTUBRE 2.017.

DEDICATORIA

En primer lugar, a **DIOS** todopoderoso por haberme dado la vida, salud y la oportunidad de realizar este crecimiento personal.

A mi abuela María quien me enseñó a tener valores, ser una mujer trabajadora y desde el cielo me cuida.

A mi esposo, compañero de vida y padre de mis hijos Jesús Rafael Marcano Cordero por el amor y paciencia que me tiene y cuidar nuestros hijos mientras realizaba este proyecto.

A mis hijos, mis dos tesoritos hermosos Jesús Rafael y Sofía Elena quienes DIOS me regalo para amar y criar, mi razón de vida.

A mis pequeños pacientes quienes la inocencia y las ocurrencias que los caracterizan me hace reafirmar mi profesión.

AGRADECIMIENTOS

A la Ilustre Universidad de Carabobo mi casa de estudios tanto de pre grado como post grado.

Al Hospital Universitario IVSS “Dr. Ángel Larralde” quien me cobijo por tantos años.

A los Adjuntos del Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” quienes con su noble labor y consejos me enseñaron la hermosa profesión que ejerzo.

A mi Tutor Clínico y Amiga la Dra. Marianna Rodríguez tu calidez humana y perfil profesional te hicieron merecedora de esta responsabilidad.

Al Dr. Juan Núñez quien me enseñó mucho de su estilo como Cirujano.

A mi Amiguita la Dra. Fabiola Ruiz mi primer ayudante.

A mis Compañeros de Postgrado por esos 4 años que pasamos juntos tantos buenos como malos, pero en general demasiados buenos, nos dejaron una forma de vida.

Al Personal de Enfermería del Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” por su ayuda incondicional y compañía, con mucho aprecio a las Lcdas Milaidy Requena, Ana Gutiérrez, Teresa González, Yelitza Hurtado, Zorbet Marck y Yuraima Correa; a quien olvido, mil disculpas, han pasado los años.

A mi Hermana Marien Otalora y nuestra Amiga Noris Acare Moreno mis socias de estudios.

A mi Amiga, Colega y Comadre la Dra. Karen Perales por sus sugerencias y apoyo en la realización de este proyecto.

Al Dr. Williams Blanco y la Dra. Francly Martínez por su disposición a ayudarme como expertos.

Al Profesor José García quien con sus conocimientos le dio a este trabajo un estilo elegante.

ÍNDICE GENERAL

	Página
DEDICATORIA.....	VII
AGRADECIMIENTOS.....	VIII
ÍNDICE GENERAL.....	IX
ÍNDICE DE TABLAS.....	X
RESUMEN.....	XII
ABSTRACT.....	XIII
INTRODUCCIÓN. EL PROBLEMA.....	14
OBJETIVOS.....	18
DIMENSIÓN TEÓRICA.....	24
DIMENSIÓN METODOLÓGICA.....	28
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	29
RESULTADOS.....	31
DISCUSIÓN.....	48
CONCLUSIONES.....	50
RECOMENDACIONES.....	52
REFERENCIAS.....	53
ANEXOS.....	56

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Distribución de los Médicos investigados según Grado de Profesionalización.....	32
Tabla 2. Distribución de los Médicos investigados según Conocimiento que consideran tener sobre la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica.....	33
Tabla 3. Distribución de los Médicos investigados según Fuente del conocimiento sobre la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica..	34
Tabla 4. Distribución de los Médicos investigados según Grado de Profesionalización y Conocimiento que consideran tener sobre la existencia, objetivo y contenido de la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica.....	35
Tabla 5. Distribución de los Médicos investigados según razones de no haber Utilizado previamente la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica.....	36
Tabla 6. Distribución de los Médicos investigados según Disposición para utilizar la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica.....	37
Tabla 7. Distribución de los Médicos investigados según Grado de Profesionalización y Disposición para utilizar la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica.....	38
Tabla 8. Distribución de los Médicos investigados según Limitaciones para el uso de la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica.....	39
Tabla 9. Distribución de los Médicos investigados según Grado de Profesionalización y Limitaciones para el uso de Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica.....	40

Tabla 10. Distribución de los Médicos investigados según Nivel de Conocimiento Evaluado sobre la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica.....41

Tabla 11. Distribución de los Médicos investigados según Grado de Profesionalización y Conocimiento Evaluado sobre la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica.....42

Tabla 12. Distribución de los Médicos investigados según Conocimiento que creen tener y Evaluado sobre la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica por Grado de Profesionalización.....43



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA
SEDE HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”

“CONOCIMIENTO Y FACTIBILIDAD DE APLICACIÓN DE LA LISTA OMS DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA. SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE. ABRIL 2.017”

RESUMEN

Está establecido que recursos como La Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica ayudan a garantizar que los equipos quirúrgicos, sigan de forma sistemática las medidas de seguridad dentro de la práctica quirúrgica, minimizando así los riesgos evitables que ponen en peligro la vida y el bienestar de los pacientes, por lo que son necesarios el conocimiento y las condiciones para su aplicación. El Objetivo General fue: Evaluar el conocimiento que tienen los Médicos y la factibilidad de aplicación de la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica, en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, en Abril de 2.017. Para ello se realizó un estudio descriptivo, transversal, prospectivo, no experimental. La población y muestra fueron todos los Médicos del Servicio de Cirugía Pediátrica estudiado (11, de los cuales 9 son especialistas y 2 residentes). Se aplicó un cuestionario estructurado. Se describen resultados en frecuencia; se aplicó Test de Fisher en la búsqueda de relaciones de variables. Se obtuvo como resultados que: Los Médicos son la mayoría Especialistas, la mitad afirma conocer la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVSQ-OMS) a través de su propia búsqueda o programas de postgrado. Ninguno la ha utilizado pero la mayoría están dispuestos a usarla, casi la mitad de ellos consideran que hay limitaciones para su correcta aplicación principalmente el desconocimiento de la misma. Más de la mitad de los Médicos poseen un Conocimiento Evaluado Aceptable mayormente en un nivel Bueno. Al relacionar el Grado de Profesionalización con el Conocimiento que creen tener los Médicos de la LVSQ-OMS, el Uso Previo, con la Disposición al Uso, la existencia de Limitaciones y el Conocimiento Evaluado para la aplicación de la Lista se encontró que estas variables son independientes. Se recomienda: Incluir en el pensum académico el tema de la LVSQ-OMS, adaptarla al Servicio, aplicarla y evaluar su impacto en la atención de los niños.

Palabra Clave: Listas de control, listas de chequeo OMS, check-lists, hojas de verificación quirúrgica, Cirugía Pediátrica.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”

“KNOWLEDGE AND FACTIBILITY APLICATION OF THE WHO CHECKLIST FOR SURGICAL SAFETY. PEDIATRIC SURGERY SERVICE. UNIVERSITY HOSPITAL DR. ANGEL LARRALDE. APRIL 2.017”

ABSTRACT

It is established that resources such as the WHO Surgical Safety Checklist help ensure that surgical teams systematically follow safety measures within surgical practice, thereby minimizing avoidable risks that endanger the life and well-being of the patients, so the knowledge and the conditions for its application are necessary. The General Objective was to: Evaluate the knowledge that the Doctors have and the feasibility of applying the WHO Surgical Safety Check List in the Pediatric Surgery Service of the "Dr. Angel Larralde", in April of 2,017. For this, a descriptive, cross-sectional, prospective, non-experimental study was performed. The population and sample were all doctors of the Pediatric Surgery Service studied (11, of whom 9 are specialists and 2 residents). A structured questionnaire was applied. Results are described in frequency; Fisher Test was applied in the search of variable relations. It was obtained as results that: The Physicians are the majority Specialists, half claim to know the WHO Surgical Safety Verification List (LVSQ-OMS) through their own research or postgraduate programs. None have used it but most are willing to use it, almost half of them consider that there are limitations to its correct application mainly ignorance of it. More than half of the Doctors possess an Acquired Assessed Knowledge mostly at a Good level. By relating the Degree of Professionalization with the Knowledge that the Physicians of LVSQ-OMS believe, the Prior Use, the Disposition to the Use, the existence of Limitations and the Knowledge Evaluated for the application of the List, it was found that these variables are independent. It is recommended: Include in the academic pensusm the theme of the LVSQ-OMS, adapt it to the Service, apply it and evaluate its impact on the care of the children.

Keyword: Checklists, WHO checklists, surgical check sheets, Pediatric Surgery.

INTRODUCCIÓN

Durante un proceso diagnóstico o terapéutico, una de las principales circunstancias que debemos considerar es el daño adicional que nuestra intervención puede causar al paciente. Esta preocupación se refleja en el Juramento Hipocrático, transmitido como principio ético básico a los estudiantes de las facultades de medicina de todo el mundo y que se resume en la frase *primum non nocere*. (1)

Por su carácter eminentemente intervencionista la cirugía, la más rígida de las disciplinas médicas, que además es una actividad intensamente moral, exige incorporar elementos de control que van más allá de la disciplina y la idoneidad personal, a fin de garantizar la seguridad del paciente. (2)

Se ha evidenciado que la actividad quirúrgica ha incrementado en los últimos años, tanto en el número de procedimientos como en la complejidad de los mismos. Se calcula que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de intervenciones de cirugía mayor, lo que equivale aproximadamente a una operación por cada 25 habitantes y que más de la mitad de los eventos adversos en pacientes hospitalizados ocurren en enfermos quirúrgicos durante el período perioperatorio. (3)

A mayor escala se podría apreciar, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), que cada año 63 millones de personas se someten a intervenciones quirúrgicas por lesiones traumáticas, 10 millones por complicaciones relacionadas con el embarazo, 31 millones por problemas oncológicos; de todos estos pacientes, 7 millones sufrirían una complicación importante, provocando un millón de muertes durante la cirugía o el postoperatorio. (3)

Por otro lado, una revisión sistemática sobre la incidencia de eventos adversos relacionados con la atención a pacientes mostró que cerca del 40% de ellos estaban relacionados con procedimientos quirúrgicos. (4) En España, el Estudio Nacional sobre Efectos Adversos Médicos, ha mostrado una tasa de incidencia del 10,5% en las intervenciones quirúrgicas que requirieron hospitalización y del 3% en las cirugías ambulatorias. De los eventos adversos recogidos en el estudio, el 36% se valoraron como evitables, (5) lo que pone de manifiesto que la seguridad quirúrgica debe ser un tema prioritario de salud pública.

En el mismo orden de ideas, la tasa de complicaciones en los procedimientos quirúrgicos de pacientes hospitalizados en los países industrializados ronda del 3 al 16% y la mortalidad y discapacidad permanente del 0,4 al 0,8%. Respecto a esto, los estudios realizados en países en desarrollo señalan una mortalidad del 5 al 10% en operaciones de cirugía mayor; siendo quizás el dato más alarmante, que la mitad de estas complicaciones son consideradas evitables. (3)

Aunque no se tienen en el país y en el Estado Carabobo cifras fidedignas de complicaciones y mortalidad de las operaciones, sería lógico pensar que las medidas de seguridad quirúrgica aplicadas a nivel mundial rendirían los mismos beneficios.

Luego de un acto quirúrgico, la recuperación es esencial, aunque los riesgos de problemas transoperatorios se presentan a cualquier edad; entre un 3 y 4% de los niños presentan complicaciones mayores en el periodo de recuperación y solo el 0,5% de los adultos. En un estudio de complicaciones perioperatorias pediátricas, se presentó obstrucción de la vía respiratoria en un 2% de los pacientes, la disminución de la saturación de oxígeno fue observada en un 3%. En general, estos problemas se presentan en quienes llegan al área de recuperación con anestesia profunda, otra complicación

común es el crup post-intubación en alrededor de 1 a 6% de los pacientes pediátricos. (6)

A partir de 1.970, es cuando comienzan los expertos a atribuir la mayoría de las complicaciones anestésicas a los errores humanos y no a los fármacos o al equipo para administrarlos. Un estudio reportó que el 50% de los errores eran resultado de la inexperiencia, prisa, falta de atención o fatiga del anestesiólogo. La conclusión fue que el aumento de la vigilancia del paciente podría prevenir muchas de estas complicaciones al alertar al anestesiólogo sobre los cambios de la condición del individuo. (6)

Estos hallazgos iniciaron avances tecnológicos enfocados en la obtención de más información transoperatoria, sin embargo, es necesario cuidarse de asumir que mientras se cuenta con más tecnología, mejor será la atención del paciente, ya que también existe el riesgo de que la información sea falsa o se interprete erróneamente llevando a decisiones equivocadas y malas consecuencias para el individuo. (6)

El rápido avance tecnológico y científico, la tendencia hacia una práctica médica más organizada y de carácter institucional e interdisciplinario, son factores que exigen concebir e implementar sólidos sistemas y eficaces métodos de auditoría para garantizar la calidad de la atención quirúrgica. (2)

Podría mencionarse que la ausencia o reducción a un nivel mínimo del riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención quirúrgica, es proporcionar seguridad al paciente. Una práctica médica segura exige alcanzar tres objetivos: identificar que procedimientos clínicos, diagnósticos y terapéuticos son los más eficaces, garantizar que se apliquen a quien los necesita y que se realicen correctamente y sin errores. (7)

En el desarrollo de la atención quirúrgica segura, se han señalado diferentes factores determinantes. La literatura ha descrito que el factor humano y las condiciones organizacionales del sistema de salud, confluyen para dar paso a la aparición de eventos adversos; dando base a la OMS, que planteara estrategias de sensibilización del recurso humano en torno a la seguridad del paciente. Se han diseñado leyes, políticas, procesos y estructuras seguras para que brinden al equipo quirúrgico un ambiente óptimo para su trabajo. (8)

Para fortalecer la cultura del equipo quirúrgico con respecto a la seguridad del paciente, se han creado distintos protocolos o listas de verificación (checklist, en inglés) como herramientas de ayuda en el trabajo, diseñada para reducir los errores provocados por los potenciales límites de la memoria y la atención del ser humano. Estas listas ayudan a asegurar la consistencia y exhaustividad en la realización de una tarea. En medicina, se ha recomendado ampliamente su uso, para comprobar que se siguen las pautas establecidas en la práctica de actividades clínicas, quirúrgicas y administrativas. Una de las listas desarrolladas previo a un consenso especializado y luego difundida es la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVSQ-OMS). (9)

Por todo lo anterior mencionado y en vista de que las actividades quirúrgicas desarrolladas por todas las especialidades de la cirugía, incluyen un sector sensible donde el resguardo de la seguridad quirúrgica es fundamental, como es el de los pacientes pediátricos, los cirujanos pediatras deben formarse y practicar metódica y rutinariamente listas o procesos de verificación que respalden decisiones y garanticen la reducción de complicaciones producidas por errores. Siendo así, éstas complicaciones pudiesen evitarse con protocolos de constatación y revisión de datos, a fin que las decisiones sean óptimas y acertadas. Un escenario para propiciar inicialmente este conocimiento está dado por los programas de Postgrado

Universitario y Asistencial en Cirugía Pediátrica a nivel Mundial y de mayor acción local en las distintas sedes de Postgrado de nuestro país, incluyendo el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” del Estado Carabobo. Así, el ejercicio médico de ésta especialidad con seguridad quirúrgica verificada, va a repercutir ampliamente en una mejor atención de salud de los niños de la región central de Venezuela, de su área de influencia y podría expandir los protocolos de trabajo al ejercicio de otras especialidades quirúrgicas en la institución.

En virtud de lo descrito, el nivel de Conocimiento de la Lista mencionada, su aplicación y otros protocolos similares, podrían en el futuro reforzar las prácticas de seguridad quirúrgica evaluadas y aceptadas, como también fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre los Cirujanos Pediatra y los distintos integrantes del área quirúrgica. Sin embargo, en el Hospital referido, no se han conseguidos estudios en este campo, posiblemente porque la Lista de Verificación no es un instrumento normativo ni un elemento de gestión oficial en el área quirúrgica, al menos en Venezuela, sino que inicialmente solo se diseñó como una herramienta guía para los profesionales interesados en mejorar la seguridad de las intervenciones quirúrgicas. De usar adecuadamente la Lista de Seguridad Quirúrgica fomentada por la OMS, se prevé, que habrá una reducción del número de complicaciones y de muertes quirúrgicas.

Luego de una revisión de los estudios registrados y publicados, incluso en redes académicas, no se encontraron investigaciones, ni pensum de programas de estudio que en la especialización quirúrgica pediátrica nacional incluyan los protocolos o listas de seguridad quirúrgica. Así, como tampoco se encontró existencia de investigaciones similares al estudio planteado, se determinó que son escasas en nuestro país y nulas en el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”. Por la importancia del tema para el ejercicio de la Cirugía Pediátrica de excelencia en este centro de salud, se

planteó realizar un estudio para Evaluar el Conocimiento que posee el grupo de médicos del Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital referido, sobre la LVSQ-OMS, así como saber las condiciones que estos consideran que hacen factible o no su correcta aplicación. Esta información aportará nuevas perspectivas en su uso y resultados quirúrgicos probablemente más satisfactorios.

Para desarrollar el presente estudio se estableció el siguiente

OBJETIVO GENERAL:

- Evaluar el conocimiento que tienen los Médicos y la factibilidad de aplicación de la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica, en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, en Abril de 2.017.

Así mismo se desarrollaron los siguientes **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Definir el Grado de Profesionalización que tienen los Médicos del Servicio que participan en el estudio.
- Precisar el Conocimiento que consideran tener los Médicos del Servicio sobre la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica.
- Señalar la Fuente del Conocimiento que consideran tener los Médicos del Servicio sobre la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica.
- Relacionar el Grado de Profesionalización de los Médicos del Servicio con el Conocimiento que consideran tener de la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica.
- Especificar si los Médicos del Servicio han Utilizado la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica.
- Determinar la Disposición de los Médicos del Servicio al uso de la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica.

- Señalar las Limitaciones que consideran los Médicos que existen en el Servicio para el Uso de la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica.
- Establecer la relación entre el Grado de Profesionalización de los Médicos con el Uso Previo, su Disposición al Uso y las Limitaciones que existen para Aplicar la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica.
- Evaluar el Nivel de Conocimiento que tienen los Médicos del Servicio de la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica y Definir si es Aceptable para su Aplicación adecuada.
- Relacionar el Grado de Profesionalización con el Nivel de Conocimiento Evaluado en los Médicos del Servicio sobre la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica.
- Asociar el Grado de Profesionalización, el Conocimiento que consideran tener y el Conocimiento Evaluado Aceptable en los Médicos del Servicio sobre la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica.

Para lograr los objetivos planteados se realizó una revisión de los estudios relacionados que podrían servir de marco a la presente investigación y se realizó una revisión de cómo se originaron los primeros conocimientos en este tema, todo esto considerando que hoy en día, el problema de las complicaciones en cirugía está más que claro, ya que es reconocido mundialmente y son una realidad que afectan, casi en partes iguales, a países desarrollados como a aquellos subdesarrollados y que todas las medidas en pro del bienestar de los pacientes a parte de reducir estas complicaciones da origen a crear protocolos como los considerados en este estudio. Por otro lado, se han evaluado en diversos estudios como las inadecuadas prácticas de seguridad anestésicas, las infecciones quirúrgicas

evitables y la escasa comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico, los cuales son problemas habituales, podrían precipitar algún riesgo mortal y que son evitables. (9)

Fue así como en Octubre del 2.004, la OMS creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en respuesta a la Resolución 55.18 de la Asamblea Mundial de la Salud, en la que se instaba a la OMS y a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad de los pacientes. El Primer reto se centró en las infecciones relacionadas con la atención sanitaria y el tema elegido para el Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente fue el de las prácticas quirúrgicas. El Dr. Atul Gawande, Cirujano, Profesor Asociado de la Escuela de Salud Pública de Harvard y Jefe de Programa del Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente ha sido el pionero en la creación de la LVSQ OMS. (3)

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente contó con el asesoramiento de numerosas personas de todas las regiones de la OMS con amplia experiencia en cirugía y sus subespecialidades, anestesia, enfermería, enfermedades infecciosas, epidemiología, ingeniería biomédica, sistemas de salud, control de calidad, pacientes y grupos de defensa de la seguridad del paciente; identificando diez objetivos fundamentales que se han recogido en la “Lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”. La cual se presentó oficialmente el 25 de Junio de 2.008, en Washington, D.C. (Estados Unidos); fue formalizada por parte de la OMS, con su consiguiente aprobación universal. Ha demostrado un efecto significativo en la disminución de efectos adversos en los países en los cuales se ha implementado. (9)

A Nivel mundial cuando verificamos investigaciones sobre el uso de la LVSQ-OMS podemos encontrar que hay estudios como el de Rousinelle Da

Silva-Freitasa y Rubén Martín-Laeza, quienes aplicaron la LVSQ-OMS, modificada para el paciente neuroquirúrgico, en el Servicio de Neurocirugía, en la Unidad de Raquis Quirúrgico del Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla”, de Santander, Cantabria, España. Estos autores realizaron un estudio descriptivo de los problemas detectados en las cirugías mayores programadas de pacientes que requirieron hospitalización entre mayo de 2.009 y mayo de 2.010. La LVSQ-OMS fue aplicada en 400 de esas cirugías, y en consecuencia el 88,2% de las incidencias detectadas por la LVSQ-OMS, pudieron ser subsanadas precozmente sin que se produjese una repercusión identificable sobre el procedimiento quirúrgico ni una prolongación del mismo; tales como la falta de material, malfuncionamiento de un equipo y ausencia de pruebas radiológicas. Además, hacen mención de dos eventos que pueden clasificarse como muy graves y que se identificaron gracias a la LVSQ-OMS. El primero de ellos fue en un procedimiento de artrodesis cervical por vía anterior, contabilizándose una gasa menos, lo que llevó a la realización de un control radioscópico y a su localización en el interior de la herida quirúrgica antes de que el paciente saliese del quirófano. El segundo fue la ausencia de muestra para patología tras la resección de un glioblastoma multiforme mediante craneotomía, verificándose que la totalidad de la muestra extraída había sido remitida para estudio citogenético, por lo que se procedió a la recuperación de una parte de ésta y a su envío al laboratorio de anatomía patológica. (10)

En este extenso estudio, el 37,8% de los errores, la causa tenía un origen humano, ya que se relacionaban con problemas de cumplimiento de protocolo y de adecuada coordinación entre el equipo quirúrgico, seguidas por problemas de equipamiento y material (29,7%) y por causas organizativas (21,6%). Como medidas correctivas más importantes, se establecieron la difusión periódica de los protocolos de medicación preoperatoria y la solicitud de hemoderivados entre los profesionales

implicados en el manejo del paciente; más la instauración de un protocolo de comprobación del adecuado funcionamiento de los aparatos y abastecimiento de material quirúrgico y anestésico necesario, para los procedimientos que tendrán lugar durante la sesión quirúrgica. Se debe realizar antes de la entrada del primer paciente en el quirófano y durante la recepción del paciente en el servicio el día previo a la cirugía. Considerando importante la presencia de la documentación clínica necesaria para la intervención programada. La reducción absoluta del riesgo tras la implementación de las medidas fue del 7,9%, lo que implica que éstas previnieron la aparición de incidencias perioperatorias en aproximadamente uno de cada 13 procedimientos. (10)

Así mismo, Marta Del Nozal, en Junio de 2.012, en el proceso de implementación de la LVSQ-OMS, en un Hospital de Andalucía, España, encontró un incremento en la inclusión de la LVSQ-OMS, de un 65% en el año 2.009 a un 94% en el año 2.010. Además, pudo observar el uso de los elementos de comprobación de la LVSQ-OMS y otros elementos de verificación adaptados por este Centro de Salud, los servicios destacados en su aplicación son Cirugía Torácica, Cirugía Pediátrica y Dermatología. Del análisis de los resultados presentado se constata, en primer lugar, una adecuada aceptación por parte de los profesionales del plan de acción implementado y consideran imprescindible continuar insistiendo no solo la inclusión de la LVSQ-OMS, sino en la calidad del cumplimiento. (11)

Más recientemente, en Colombia María Elvira Aldeco Prieto, Karen Julieth Moreno Medina y Leidy Natali Torres Benítez en 2.013, mencionaron que “La aplicación de la Parada de Seguridad incrementa la Cultura de Cuidados en el personal de salas de Cirugía”. Estas investigadoras aseguran que “El estudio permitió establecer el impacto de las intervenciones orientadas a fortalecer la Protección del Paciente, como en este caso fue la Parada de Seguridad, las cuales conllevan a una mayor conciencia y criterio de los

profesionales de Salud ante las condiciones de trabajo en la Institución en su práctica diaria”. (12)

En el Centro Quirúrgico del Hospital Eugenio Espejo de Quito en marzo del año 2.015, Diana Moreta evaluó el conocimiento de la aplicación de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura, establecida por la OMS en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras; encontrando que solo el 11% de todos los profesionales cumplieron la normativa completamente. Dentro de este grupo las enfermeras fueron las que más la cumplen. Los anestesiólogos son los profesionales que poseen mayor conocimiento. Los puntos donde existen mayor dificultad en el conocimiento se basan en la profilaxis antibiótica y la persona que debe aplicar la Lista. Concluye que el bajo conocimiento de la importancia y la falta de unión del equipo quirúrgico, se han reconocido como errores que llevan al incumplimiento de la norma. (8)

En la revisión de literatura previa al desarrollo de esta investigación, no se encontraron estudios que sustentaran el impacto de la aplicación de la LVSQ-OMS, en Venezuela. Se corroboró, la inexistencia de publicaciones respecto a estudios sobre su conocimiento o uso en las instituciones del país, como la ausencia de una Política de Seguridad del Ministerio del Poder Popular para la Salud en base a la Lista mencionada, como tampoco se han encontrado referencias a campañas o protocolos de su aplicación como medida preventiva en salud.

DIMENSION TEÓRICA

Luego de una revisión de la cronología de estudios similares previos a la presente investigación, se realizó una revisión de los conocimientos esenciales y aceptables sobre la LVSQ-OMS, partiendo del hecho de que la cirugía constituye en sí misma una de las prácticas esenciales y más frecuentes en lo referente a la asistencia sanitaria desde hace más de un siglo, con la constante incidencia o aparición de patologías, cuya única forma de brindar curación o simplemente buscando mejorar la calidad de vida del paciente se debe recurrir al acto quirúrgico, sin dejar de considerar la necesidad de disminuir e inclusive eliminar por completo los riesgos en la intervención quirúrgica y es por ello, que se ha venido pensando de qué manera se puede evitar esos acontecimientos que ponen en peligro la vida del paciente. (3)

Tal ha sido el número de decesos acaecidos durante intervenciones quirúrgicas y que están directamente relacionadas con incidentes que pudieron ser evitados al adoptar ciertas medidas de seguridad previas a la ejecución de las mismas, que condujo a la creación de las listas como la LVSQ-OMS, las cuales sirven como herramienta de gran importancia para evitar resultados no deseados. (3)

Las “listas de control”, “listas de chequeo”, “check-lists” u “hojas de verificación”, son formatos creados para realizar actividades repetitivas, controlar el cumplimiento de una lista de requisitos o recolectar datos ordenadamente y de forma sistemática; asegurándose de quien lo realiza no se olvida de nada importante, además sirven para dejar constancia de cuáles han sido los puntos inspeccionados y recopilar datos para su futuro análisis. (13)

Considerando lo anterior, la OMS define como “Equipo Quirúrgico” a los cirujanos, anestesiólogos, personal de enfermería, técnicos y demás personal de quirófano involucrados en el procedimiento quirúrgico. Así como el piloto de un avión debe contar con el personal de tierra, la tripulación de vuelo y los controladores del tráfico aéreo para lograr un vuelo seguro y exitoso, el cirujano es un miembro esencial, pero no el único, de un equipo responsable de la atención al paciente. Luego de definir el equipo quirúrgico donde cada uno desempeña una función de la que dependen la seguridad y el éxito de una operación, la OMS ha presentado distintas propuestas para la aplicación de la LVSQ-OMS, entendiendo que los diferentes entornos la adaptarán a sus propias circunstancias. Basándose en pruebas clínicas o en la opinión de los expertos de que dicha inclusión reducirá la probabilidad de daño quirúrgico grave evitable y probablemente no conlleve lesiones ni costos irrazonables. Esta Lista se diseñó atendiendo a la simplicidad y la brevedad e invitando a los departamentos de cirugía de todo el mundo a utilizarla y a examinar el modo de integrar de forma sensata estas medidas esenciales de seguridad en el procedimiento operatorio normal. (9)

El objetivo final de la LVSQ-OMS, es contribuir a garantizar que los equipos quirúrgicos adopten de forma sistemática unas cuantas medidas de seguridad esenciales y minimicen así los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos. Para lograr sus objetivos se ha establecido que debe ser una única persona encargada de aplicar y rellenar la LVSQ-OMS. Por lo general, ese “Coordinador de la Lista” será un enfermero circulante, pero también podría ser cualquier clínico o profesional sanitario que participe en la operación. (9)

LVSQ-OMS, 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, 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 LVSQ-OMS, 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. (9)

Casi todos los pasos serán confirmados verbalmente por el personal que corresponda, con el fin de garantizar la realización de las acciones clave. De esta manera, durante la “Entrada”, el Coordinador de la lista confirmará verbalmente con el paciente (si es posible) su identidad, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como su consentimiento para ser operado. Confirmará visualmente que se ha delimitado el sitio quirúrgico (si procede) y que el paciente tiene colocado un pulsioxímetro y que funciona correctamente. Además, revisará verbalmente con el anestesiólogo el riesgo de hemorragia, dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente y si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad del equipo de anestesia. Lo ideal es que el cirujano esté presente en la fase de Entrada, ya que puede tener una idea más clara de la hemorragia prevista, las alergias u otras posibles complicaciones; sin embargo, su presencia no es esencial para completar esta parte de la LVSQ-OMS. (9)

En la “Pausa Quirúrgica”, cada miembro del equipo se presentará por su nombre y función. Si ya han operado juntos una parte del día, pueden confirmar simplemente que todos los presentes en la sala se conocen. El equipo se detendrá justo antes de la incisión cutánea para confirmar en voz alta que se va a realizar la operación correcta en el paciente y el sitio correcto y a continuación los miembros del equipo revisarán verbalmente

entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía las preguntas de la Lista de Verificación. Asimismo, confirmarán si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores y si pueden visualizarse adecuadamente los estudios de imágenes esenciales. (9)

En la “Salida”, todos los miembros del equipo revisarán la operación llevada a cabo, realizarán el recuento de gasas e instrumentos y el etiquetado de toda muestra biológica obtenida. También examinarán los problemas que puedan haberse producido en relación con el funcionamiento del instrumental y los equipos. Por último, antes de que el paciente salga del quirófano, repasarán los planes y aspectos principales del tratamiento posoperatorio y la recuperación. (9)

Hasta que los miembros del equipo quirúrgico se familiaricen con todos los pasos a seguir, es probable que el Coordinador de la lista tenga que guiarlos a través del proceso de verificación. (9)

Un posible inconveniente de que haya una sola persona encargada de la lista es que podría generarse un antagonismo con otros miembros del equipo quirúrgico. El Coordinador de la lista puede y debe impedir que el equipo pase a la siguiente fase de la operación mientras no se haya abordado satisfactoriamente cada uno de los puntos, lo cual puede contrariar o irritar a otros miembros del equipo. Por ello, los hospitales deben estudiar cuidadosamente qué miembro del personal es más adecuado para desempeñar esta función. Como ya se mencionó, en muchas instituciones será un enfermero circulante, pero cualquier profesional sanitario podría coordinar el proceso de verificación de la lista. (9)

Cada equipo debe buscar la manera de incorporar el uso de la LVSQ-OMS, a su quehacer con la máxima eficiencia, causando los mínimos

trastornos y procurando al mismo tiempo completar adecuadamente todos los pasos. (9)

DIMENSION METODOLÓGICA

La presente investigación se definió como un estudio de nivel descriptivo. De acuerdo al desarrollo del estudio, es decir el tiempo y la recolección de la información, fue una investigación de tipo transversal. En vista de que no se hizo manipulación de las variables por parte del investigador se trató de un Diseño No Experimental. (14) La población del estudio estuvo conformada por todos los Médicos adscritos, tanto Especialistas como Residentes, al área de Cirugía Pediátrica en un centro con nivel de atención urbano hospitalario tipo IV, el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, ubicado en el Municipio Naguanagua, del Estado Carabobo, durante Abril de 2.017.

El Universo y la Muestra estuvo constituida, por el grupo de 11 Médicos del Servicio de Cirugía Pediátrica, quienes se incluyeron independientemente del sexo, edad, procedencia, del estrato socioeconómico al que pertenecen y del tiempo transcurrido entre el inicio de su ejercicio profesional como residente o especialista en la institución. (14)

Para el presente estudio prospectivo la recolección de los datos de las variables se llevó a cabo a través de un registro único y personalizado durante el mes de Abril de 2017. Se identificó cada Médico incluido en el estudio con un número, debido a las implicaciones éticas y personales. El registro de los datos del estudio se realizó con la técnica de la encuesta y el instrumento fue un cuestionario tipo estructurado, en su mayor parte compuesto por preguntas cerradas o dicotómicas y en algunos casos preguntas tipo respuesta múltiple. Al investigar el Conocimiento sobre la

LVSQ-OMS, se aplicó también una encuesta, aun cuando el médico refiriera no tener conocimiento previo de la misma, ya que muchas de las medidas individuales de la Lista son práctica habitual aceptada en centros quirúrgicos de todo el mundo. En cuanto a la validez del este instrumento de recolección de datos, fue determinada mediante juicio de 3 expertos que lo evaluaron. (14) Todas las variables eran de naturaleza Cualitativa excepto “grado de profesionalización de los médicos” que era de tipo cuantitativa como se muestra en el cuadro de operacionalización de variables, más adelante en el texto.

Los datos obtenidos se llevaron a una tabla maestra en el programa EXCEL® de Office, por cada unidad muestral respecto a cada variable para su análisis. Para el análisis de variables se utilizó el programa SPSS y Calculadoras Estadísticas, luego se procedió a presentar la información recolectada en tablas de distribución de frecuencias 2x2 y de asociación, mostrando frecuencias absolutas y relativas. Se aplicó la comparación de proporciones entre los porcentajes obtenidos por cada una de las categorías de las variables en las tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas y de asociación. (15) (16)

Para establecer la relación estadísticamente significativa entre las variables cuya asociación se planteó determinar en los objetivos iniciales, por ser una muestra pequeña, para evaluar con exactitud la posible asociación, se calculó del Test Exacto de Fisher, con un nivel de significancia $p < 0,05$. (17) (18)

En cuanto a los Recursos Humanos, el autor y el tutor, llevaron a cabo las actividades planificadas. Se estableció un presupuesto básico sobre todo en el aspecto de papelería, accesorios de escritorio e impresión. La institución hospitalaria brindó el permiso para la recolección de datos en horario de labores de los Médicos participantes.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

1.- Grado de Profesionalización que tienen los Médicos del Servicio que participan en el estudio.

Variable	Dimensión	Indicador
GRADO PROFESIONAL (Cuantitativa Discreta)	Residente	I ___ II ___ III ___ IV ___
	Especialista	Años de Ejercicio ___

2.- Conocimiento considerado por los Médicos del Servicio de LVSQ-OMS

Variable	Dimensión	Indicador
CONOCIMIENTO QUE CONSIDERAN TENER (Cualitativa Nominal)	Existencia	Si ___ No ___
	Objetivo	Si ___ No ___
	Contenido	Si ___ No ___

3- Fuente del Conocimiento de los Médicos del Servicio sobre LVSQ-OMS

Variable	Dimensión	Sub dimensión	Indicador
FUENTE DEL CONOCIMIENTO DE LVSQ (Cualitativa Nominal)	Si tiene conocimiento	Programa de Postgrado	Materia Particular ___ Práctica Quirúrgica ___
		Búsqueda Propia	Redes ___ Artículo OMS ___ Literatura ___ Colega ___ Otra ___
	No tiene conocimiento		No

4.- Uso Previo por los Médicos del Servicio de la LVSQ-OMS

Variable	Dimensión	Indicador
USO PREVIO DE LVQ-OMS (Cualitativa Nominal)	Si	Rutina___ Frecuente___ Ocasional___
	No	No Conocerla___ Falta de Tiempo___ No hay Colaboración del Equipo Quirúrgico___ Falta de Material ___ No es Útil___

5.- Disposición de los Médicos del Servicio al Uso de la LVSQ-OMS

Variable	Dimensión	Indicador
DISPOSICIÓN MÉDICA AL USO DE LVSQ-OMS (Cualitativa Nominal)	Si	Rutina___ Electivas___ Emergencias___ Luego de Evaluarla___ Luego de Adaptarla___
	No	Nunca la Usaría___ Otra___

6.- Limitaciones según los Médicos en su Servicio para el Uso de LVSQ-OMS

Variable	Dimensión	Indicador
LIMITACIONES EN EL SERVICIO PARA EL USO DE LVSQ-OMS (Cualitativa Nominal)	Si Existen	Humanas___ Desconocimiento___ Técnicas___ De Tiempo___ Material para Realizarla___ Otras___
	No Existen	No hay Limitaciones___

7.- Conocimiento Evaluado en los Médicos del Servicio de LVSQ-OMS

Variable	Dimensión	Sub dimensión	Indicador
CONOCIMIENTO MÉDICO EVALUADO SOBRE LVSQ- OMS (Cualitativa Ordinal)	Nivel de Conocimiento para Aplicación	Aceptable Excelente___ Bueno___	Respuesta Correcta 9-10___ 6-8___
		No Aceptable Regular___ Malo___ Ninguno___	3-5___ 1-2___ 0___

RESULTADOS

Tabla 1

Distribución de los Médicos investigados según Grado de Profesionalización. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde". Abril 2017.

Grado Profesional	F (%)*
Residentes	2 (18)
I Nivel	1 (9)
II Nivel	1 (9)
Especialista (años de ejercicio)	9 (82)
0-9 años	5 (46)
10-18 años	3 (27)
19-27 años	1 (9)
Total	11 (100)

*Porcentaje en base al total

Fuente: Instrumento aplicado (Otalora, 2017)

En el presente estudio al definir el Grado de Profesionalización que tienen los Médicos del Servicio que participaron en el mismo, se observó que está constituido por 11 médicos de los cuales pertenecen al grupo de residentes 2 (18%), de estos 1 se encuentra cursando el I Nivel de postgrado (50%) y el otro el II Nivel (50%). De los 11 médicos pertenecientes al Servicio 9 son especialistas (82%), de los cuales 5 (46%) tienen entre 0-9 años de ejercicio de la especialidad, 3 (27%) de ellos tienen entre 10-18 años en el ejercicio y 1 (9%) entre 19-27 años. El especialista con mayor tiempo de ejercicio tiene 22 años y el de menor tiempo 3 años, una media del grupo de 9,2 años y mediana igual a 9 años de ejercicio en esta especialidad (Tabla 1).

Tabla 2

Distribución de los Médicos investigados según Conocimiento que consideran tener sobre la LVSQ-OMS. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”. Abril 2017.

Conocimiento	F (%)*
Existencia	
Si	6 (55)
No	5 (45)
Objetivo	
Si	5 (45)
No	6 (55)
Contenido	
Si	4 (36)
No	7 (64)
Total	11 (100)

*Porcentaje en base al Total

Fuente: Instrumento aplicado (Otalora, 2017)

Según el conocimiento que consideran tener los Médicos del Servicio sobre la LVSQ-OMS, 6 (55%) refirieron que si conocen la existencia de la lista. En cuanto al objetivo de ésta lista, 5 (45%) expresaron conocerlo. Con respecto al contenido de la lista 4 (36%) afirmaron conocerlo. Del total de los Médicos con respecto al conocimiento de la existencia, el objetivo y el contenido de la Lista resultó afirmativo en 15 de las 33 respuestas (45%) sobre conocer todos o algunos de los aspectos, por lo que hubo 18 (55) respuestas negativas sobre los aspectos mencionados (Tabla 2).

Tabla 3

Distribución de los Médicos investigados según Fuente del conocimiento sobre la LVSQ-OMS. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”. Abril 2017.

Fuente	F (%)
Si	6 (55)*
Postgrado	
Practica Quirúrgica**	2 (18)
Búsqueda propia	
Colega**	2 (18)
Redes**	1 (9)
Literatura Quirúrgica**	1 (9)
Ninguna	5 (45)*
Total	11 (100)

*Porcentaje en base al Total

**Porcentajes en base a seis respuestas

Fuente: Instrumento aplicado (Otalora, 2017)

De todos los Médicos del Servicio estudiado, 6 (55%) afirmaron conocer la LVSQ-OMS. Señalaron que la Fuente del conocimiento referido estaba distribuida de la siguiente manera: 2 médicos (18%) refirieron haber adquirido conocimientos, a través de un programa de post grado y otros refirieron adquirirlo por su propia búsqueda 4 (36%). Entre estos Médicos que usaron la búsqueda propia, 1 (9%) refirió que fue a través de las redes sociales y académicas, es decir, internet; por otro lado 1 médico (9%), dijo que adquirió este conocimiento por la literatura quirúrgica y 2 (18%) a través de un colega. El resto de los médicos del estudio, 5 (45%) refirieron que no tenían conocimiento y en consecuencia sin fuente (Tabla 3).

Tabla 4

Distribución de los Médicos investigados según Grado de Profesionalización y Conocimiento que consideran tener sobre la existencia, objetivo y contenido de la LVSQ-OMS. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”. Abril 2017.

Grado Profesional	Conocimiento						Total (%)
	Existencia		Objetivo		Contenido		
	Si F (%)*	No F (%)*	Si F (%)*	No F (%)*	Si F (%)*	No F (%)*	
Especialistas	4 (45)	5 (55)	3 (33)	6 (67)	2 (22)	7 (78)	9 (82)
Residentes	2 (100)	0 (0)	2 (100)	0 (0)	2 (100)	0 (0)	2 (18)
Total	6 (55)	5 (45)	5 (45)	6 (55)	4 (36)	7 (64)	11 (100)

*Porcentaje en base al sub totales por Grado Profesional

Fuente: Instrumento aplicado (Otalora, 2017)

Al relacionar el Grado de Profesionalización de los Médicos del Servicio, es decir, si al ser especialistas o residentes, con el Conocimiento que consideran tener sobre la existencia, objetivo y contenido de la LVSQ-OMS (Tabla 4), se observa que al asociar la variable conocimiento que creen tener los Médicos del estudio en el aspecto existencia una prueba del Test Exacto de Fisher igual a 0,45, que en probabilidad es una $p < 0,45$, por consiguiente se puede afirmar que no hay asociación significativa entre el Grado de Profesionalización y tener o no Conocimiento sobre la Existencia de la Lista. Del mismo modo al establecer la asociación con el aspecto conocimiento del Objetivo de la Lista se obtuvo un valor del Test de Fisher igual a 0,18, lo que representa una $p < 0,18$, lo que determina la ausencia de significación estadística y por ende la inexistencia de asociación entre el Grado de Especialización y lo que constituye el objetivo de la Lista. Por último, al evaluar la asociación del Grado de Profesionalización médica con el aspecto conocimiento sobre el Contenido de la Lista, tampoco se obtuvo

significación estadística (TEF = 0,011; $p < 11$); por lo que podemos concluir que no hay asociación entre estas dos variables.

Tabla 5

Distribución de los Médicos investigados según razones de no haber utilizado previamente la LVSQ-OMS. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”. Abril 2.017.

Razones	F (%)
No Conoce	8 (73)
Falta Tiempo	1 (9)
No Colaboración	1 (9)
Falta Material	1 (9)
Total	11 (100)

Fuente: Instrumento aplicado (Otalora, 2017)

Debido a la investigación se pudo obtener que los Médicos del Servicio refieren que ninguno ha utilizado previamente la LVSQ-OMS. Las razones que expresaron el por qué no haberla usado, fue en su mayoría el No conocerla (73%) y de los tres Médicos restantes, cada uno (9%) dio una razón diferente, siendo éstas Falta de Tiempo, No colaboración del equipo quirúrgico y Falta de material (Tabla 5).

Como corolario de lo anterior, no se encontró que el Grado de Profesionalización tuviera relación con el uso o no de la Lista.

Tabla 6

Distribución de los Médicos investigados según Disposición para utilizar la LVSQ-OMS. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”. Abril 2017.

Disposición	F (%)*
SI	8 (73)*
Rutina**	3 (27)
Al Adaptarla**	3 (27)
Emergencias**	1 (9)
Al Evaluarla**	1 (9)
NO	3 (27)*
TOTAL	11 (100)

*Porcentajes en base al total

**Porcentajes en base a ocho respuestas

Fuente: Instrumento aplicado (Otalora, 2017)

Se determinó que 8 (73%) de los Médicos del Servicio están dispuestos a usar la LVSQ-OMS de la siguiente manera: en la rutina o adaptarla 38% por igual; mientras que también por igual 12% en las emergencias o al evaluarla. El resto de los Médicos (27%) no están con disposición a usarla por desconocimiento (Tabla 6).

Tabla 7

Distribución de los Médicos investigados según Grado de Profesionalización y Disposición para utilizar la LVSQ-OMS. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”. Abril 2017.

Grado de Profesionalización	Disposición al Uso de LVSQ-OMS		Total (%)
	Si F(%)*	No F(%)*	
Especialistas	6 (67)	3 (33)	9 (82)
Residentes	2 (100)	0 (0)	2 (18)
Total	8 (73)	3 (27%)	11 (100)

*Porcentajes en base a subtotales horizontales

Fuente: Instrumento aplicado (Otalora, 2017)

Al evaluar los Médicos según el Grado de Profesionalización y Disposición al uso de la LVSQ-OMS, tanto especialistas como residentes en su grado de profesionalización, fueron mayoría con 67% en los especialistas y el 100% de los residentes dijeron estar dispuestos a usar la lista. No se encontró asociación significativa (TEF = 1; $p < 1,00$) entre estas variables (Tabla 7).

Tabla 8

Distribución de los Médicos investigados según Limitaciones para el uso de la LVSQ-OMS. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”. Abril 2017

LIMITACIONES	F (%)
Si*	6 (55)
Desconocimiento**	5 (36)
Humanas**	3 (21)
Falta Material**	3 (21)
Falta Tiempo**	2 (14)
Técnicas**	1 (7)
No*	5 (45)
Total	11 (100)

*Porcentajes en base al total

**Porcentajes en base a catorce respuestas sobre limitaciones

Fuente: Instrumento aplicado (Otalora, 2017)

Del total de Médicos participantes en el estudio, 6 de los 11 (55%) señalaron Limitaciones para el uso de la LVSQ-OMS, en algunos casos más de una limitación, ya que hubo 14 respuestas, de las cuales con respecto a este total, 36% fue por desconocimiento, 21% por igual por limitaciones humanas o falta de material, por falta de tiempo 14% y 7% por limitaciones técnicas. Por su parte, el 45% dijeron que no había limitaciones (Tabla 8).

Tabla 9

Distribución de los Médicos investigados según Grado de Profesionalización y Limitaciones para el uso de LVSQ-OMS. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”. Abril 2017.

Grado de Profesionalización	Limitaciones para el Uso de LVSQ-OMS		Total (%)
	Si F(%)*	No F(%)*	
Especialistas	5 (55)	4 (45)	9 (82)
Residentes	1 (50)	1 (50)	2 (18)
Total	6 (55)	5 (45)	11 (100)

*Porcentajes en base a subtotales horizontales

Fuente: Instrumento aplicado (Otalora, 2017)

Al evaluar los Médicos según el Grado de Profesionalización y si o no consideraban Limitaciones de distinta índole para la aplicación de la LVSQ-OMS, se estableció que no hay asociación significativa (TEF = 1; $p < 1,00$) entre las variables, donde resultó que el 55% de los Especialistas y 50% de los Residentes respondieron que existen limitaciones para el uso de esta Lista (Tabla 9).

Tabla 10

Distribución de los Médicos investigados según Nivel de Conocimiento Evaluado sobre la LVSQ-OMS. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”. Abril 2017.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	F (%)
ACEPTABLE*	7 (64)
Excelente**	1 (14)
Bueno**	6 (86)
NO ACEPTABLE*	4 (36)
Regular**	4 (100)
TOTAL	11 (100%)

*Porcentajes en base al total

** Porcentajes en base nivel de Conocimiento por categoría

Fuente: Instrumento aplicado (Otalora, 2017)

Al evaluar el Nivel de Conocimiento que tienen los Médicos del Servicio sobre la LVSQ-OMS, se obtuvo que 7 (64%) resultaron tener un Conocimiento Aceptable para su aplicación, de los cuales 1 (14%) tiene un Conocimiento Excelente y 6 (86%) tienen un Conocimiento Bueno y el resto de los Médicos evaluados, es decir, 4 (36%) poseen un Conocimiento No Aceptable para la aplicación de la misma, siendo igual número de Médicos los casos de Conocimiento Regular (Tabla 10).

Tabla 11

Distribución de los Médicos investigados según Grado de Profesionalización y Conocimiento Evaluado sobre la LVSQ-OMS. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”. Abril 2017.

Grado de Profesionalización	Conocimiento Evaluado		Total (%)
	Aceptable F(%)*	No Aceptable F(%)*	
Especialistas	6 (67)	3 (33)	9 (82)
Residentes	1 (50)	1 (50)	2 (18)
Total	7 (64)	4 (36)	11 (100)

*Porcentajes en base a subtotales horizontales
Fuente: Instrumento aplicado (Otalora, 2017)

Al relacionar el Grado de Profesionalización y el Conocimiento Evaluado de los Médicos sobre la LVSQ-OMS, no hay asociación significativa entre estas dos variables, pues el Test Exacto de Fisher se obtuvo un valor de $p < 1,0$ corroborando son variables independientes. Sin embargo, se debe decir que en los Residentes solo 1 Médico (50%) tuvo Conocimiento aceptable y en los 9 Especialistas en 6 de ellos, lo que representa un 67%.

Tabla 12

Distribución de los Médicos investigados según Conocimiento que creen tener y Evaluado sobre la LVSQ-OMS por Grado de Profesionalización. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde". Abril 2017.

Conocimiento Evaluado	Conocimiento que creen tener	Grado de Profesionalización		Total (%)
		Residentes F (%)*	Especialistas F (%)*	
Aceptable TEF = 1; p < 1,0	Existe			
	SI	1 (25)	3 (75)	4 (36)
	NO	0 (0)	2 (100)	2 (18)
No Aceptable TEF = 0,39 p < 0,40	Existe			
	SI	1 (50)	1 (50)	2 (18)
	NO	0 (0)	3 (100)	3 (100)
Aceptable TEF = 0,99 p < 1,0	Objetivo			
	SI	1 (33)	2 (67)	3 (27)
	NO	0 (0)	3 (100)	3 (27)
No Aceptable TEF = 0,39 p < 0,40	Objetivo			
	SI	1 (50)	1 (50)	2 (18)
	NO	0 (0)	3 (100)	3 (27)
Aceptable TEF = 0,33 p < 0,33	Contenido			
	SI	1 (50)	1 (50)	2 (18)
	NO	0 (0)	4 (100)	4 (36)
No Aceptable TEF = 0,39 p < 0,40	Contenido			
	SI	1 (50)	1 (50)	2 (18)
	NO	0 (0)	3 (100)	3 (27)
	TOTAL	2 (18)	9 (82)	11 (100)

*Porcentajes en base a subtotales horizontales por tipo de respuesta al conocimiento que creen tener
Fuente: Instrumento aplicado (Otalora, 2017)

No se encontró asociación de orden significativa (todos los valores del TEF > 0,05), entre haber obtenido un Conocimiento Aceptable o No de la de LVSQ-OMS, el Conocimiento que creen tener los Médicos, con respecto a si

o no existe, el objetivo y el contenido de la LVSQ-OMS y el Grado de Profesionalización del grupo investigado.

DISCUSION

Los Médicos del Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” son la Mayoría Especialistas con una media de 9 años de ejercicio de la Especialidad; lo que puede deberse a la disminución del número de concursantes y la renuncia de algunos de los residentes cursantes del Programa de Especialización.

Aproximadamente la Mitad de los Médicos del Servicio afirman Conocer la LVSQ-OMS y la Fuente de ese Conocimiento ha sido por su Propia Búsqueda como parte de su formación médica continúa y a través de programas de postgrado, ya que, la Lista de Verificación es una herramienta para los clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones, reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables, además, no es un instrumento normativo ni un elemento de política oficial. (3)

Ninguno de los Médicos del Servicio ha utilizado la LVSQ-OMS. La Mayoría están dispuestos a Usarla, pero casi la Mitad de ellos consideran que hay Limitaciones para la correcta Aplicación, aunque tengan disposición o no de aplicarla, mencionan principalmente el Desconocimiento de la misma, seguido de limitaciones en el equipo quirúrgico y además por la falta de material para aplicarla. Estos resultados son similares con el estudio de Moreta, en el 2015, de la Universidad Central del Ecuador, donde el 100% de los profesionales están de acuerdo con la correcta implementación de esta lista y la mayoría considera que los principales inconvenientes para que esta se realice adecuadamente es la falta de conocimiento de su importancia y la falta de unidad del equipo quirúrgico. (8)

A diferencia de los resultados obtenidos en esta investigación donde la principal limitación para aplicar la Lista fue el desconocimiento de la misma, las limitaciones humanas y falta de material para realizarla, el estudio llevado a cabo en el Reino Unido por Vats et al, donde se demostró una tasa alta de cumplimiento de aplicación de la lista por el equipo quirúrgico entre el 42 y el 79%, identificándose como barreras: la ruptura de la jerarquía en el quirófano, la sensación de estar llevando a cabo comprobaciones ya realizadas con anterioridad o el uso de ítems considerados superfluos. (19)

En la presente investigación se observó que hay Médicos que no están dispuestos a usar la Lista, aunque son una minoría, tal como los resultados observados en la investigación de Da Silva en el 2010, donde encontró que en la implantación de la LVQ existían dos circunstancias que deben ser tomadas en consideración; la primera era minimizar la renuencia a el uso protocolizado entre los profesionales implicados ya que al principio de su aplicación existieron dificultades para concientizar al personal quirúrgico sobre todo a cirujanos y anesthesiólogos de las bondades de la LVQ y de las ventajas de su aplicación rutinaria. La segunda circunstancia a considerar es la adaptación de la LVQ a las necesidades de una determinada especialidad y su adaptación al entorno quirúrgico en el que va a ser llevada a cabo. (10)

Más de la mitad de los Médicos del Servicio poseen un Conocimiento Evaluado Aceptable sobre la LVSQ-OMS, mayormente en un nivel Bueno, de que es, para que sirva y la utilidad de la misma, el resto predomina un conocimiento Regular, considerado en un nivel no aceptable. La mayoría de ellos coinciden que es un instrumento que permite corroborar ciertos aspectos que son necesarios para realizar un procedimiento quirúrgico y de esa manera prevenir eventos adversos que perjudiquen directamente la salud del paciente y afecten su seguridad. Para comparación tenemos el

estudio de Moreta, 2015, quien Evaluó el Conocimiento de la aplicación de la Lista en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo de Quito, encontrando que los cirujanos son los profesionales con mayores errores en la encuesta sobre el checklist y que el grado de conocimiento sobre la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura es menor de lo esperado. (8)

A pesar que en la presente investigación se encontró que aproximadamente la Mitad de los Médicos expresaron No Conocer la Lista, obtuvieron la Mayoría un Conocimiento Evaluado Aceptable; esto pudiera ser explicado porque muchas de las medidas de la LVSQ-OMS ya se ejecutan en los quirófanos, son pasos rutinarios o de seguridad universalmente conocidos por el personal del área quirúrgica. (3)

CONCLUSIONES

Los Médicos del Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” son la Mayoría Especialistas con una media de 9 años de ejercicio de la Especialidad.

Aproximadamente la Mitad de los Médicos del Servicio afirman Conocer la LVSQ-OMS y la Fuente de ese Conocimiento ha sido por su Propia Búsqueda como formación médica continúa y a través de programas de postgrado.

Ninguno de los Médicos del Servicio ha Utilizado la LVSQ-OMS. La Mayoría están dispuestos a usarla, pero casi la Mitad de ellos consideran que hay Limitaciones para su correcta Aplicación, aunque tengan disposición o no de aplicarla, mencionan principalmente el Desconocimiento de la

misma, seguido de limitaciones del equipo quirúrgico y además por la falta de material para aplicarla.

Más de la Mitad de los Médicos del Servicio poseen un Conocimiento Evaluado Aceptable sobre la LVSQ-OMS, mayormente un Nivel Bueno, de que es, para que sirva y la utilidad de la misma, el resto predomina un Conocimiento Regular, considerado en un Nivel No Aceptable. La mayoría de ellos coinciden que es un instrumento que permite corroborar ciertos aspectos que son necesarios para realizar un procedimiento quirúrgico y de esa manera prevenir eventos adversos que perjudiquen directamente la salud del paciente y afecten su seguridad. En los Especialistas de menos de 10 años de ejercicio de la Cirugía Pediátrica, se observó un Conocimiento Excelente y Bueno, predominando un Nivel Bueno, en los especialistas entre 10 y 18 años de ejercicio se observó un Conocimiento Regular y en el especialista de 22 años de ejercicio se observó un Conocimiento Bueno; entre los residentes se encontró en uno un Conocimiento Bueno y en otro Regular.

Al relacionar el Grado de Profesionalización con el Conocimiento que creen tener los Médicos, el Conocimiento Evaluado en los Médicos del Servicio sobre la LVSQ-OMS, con el Uso Previo, con la Disposición al Uso de la misma, así como al considerar que existen Limitaciones para su Aplicación en el Servicio se encontró que estas variables son independientes.

RECOMENDACIONES

- Incluir en el Programa de Especialización en Cirugía Pediátrica del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” el estudio de la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica.

- Para cumplir este protocolo es necesario que cada jefe de Servicio y/o Coordinador de Programa de Especialización sea capacitado y capacite a su personal en la aplicación de estas tecnologías para la seguridad del paciente.
- Adaptar la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica al Servicio y en especial al recién nacido quirúrgico. Evitando eliminar medidas de seguridad porque se considere que no se puedan realizar en las circunstancias existentes.
- Crear cultura a impulsar un cambio real que lleve a los equipos quirúrgicos a cumplir todos los puntos de la Lista.
- El Jefe del Servicio y/o Coordinador del Programa de Especialización en Cirugía Pediátrica, Anestesia y Enfermería deben trabajar en equipo para que la aplicación de la Lista sea exitosa.
- Aplicar la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica en el servicio, ya que, es un instrumento utilizado en otros países tanto en instituciones públicas como privadas.
- Para la implementación de listas de chequeo es necesario que los directivos de la institución consideren el recurso humano, material, fortalezas, debilidades, factores facilitadores y obstaculizadores que existen en las diferentes unidades para llevar a cabo el uso de estos instrumentos.
- Es importante que exista un protocolo institucional de la forma de aplicar el instrumento, responsabilidades del equipo multidisciplinario, cuales casos es necesario el uso de la lista y dar a conocer estadísticas del uso.

REFERENCIAS

- 1.- The contribution of Hippocratic Oath in third millennium medical practice. Am J Otolaryngol. 2001;22:303-5.
- 2.- Patiño J F. Calidad del ejercicio quirúrgico. Lecciones de cirugía. Colombia, Editorial Medica Panamericana; 2001: 30.
- 3.- Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente. La cirugía segura salva vidas. Ginebra: OMS; 2.008 [citado 12 de noviembre 2.016]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf
- 4.- De Vrieds EN, Ramrattam MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in hospital Adverse Events: a systematic review. Qual. Saf. Health Care 2008; 17: 216-223.
- 5.- Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Murillo J, Ruiz-López P, Limón-Ramírez R, Perol-García E; ENEAS work group. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. J Epidemiol Community Health. 2008; 62(12): 1022-9.
- 6.- Binda R E, Mestad P H. Consideraciones anestésicas. En: Ashcraft K W. Cirugía Pediátrica. 3ª edición. México, Mc Graw-Hill Interamericana; 2001: 41-48.
- 7.- Gutiérrez-Fernández R, Fernández-Martin J. La seguridad quirúrgica en el marco del sistema Nacional de Salud de España. Rev CONAMED 2010;15(4):188-194.

8.- Moreta Sanafria D C. Evaluación del conocimiento de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Anestesiólogos, Cirujanos y Enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo en marzo del año 2015 mediante una encuesta directa. [Tesis de Grado]. Quito: Universidad Central Del Ecuador; Mayo de 2.015 [fecha de acceso 8 de Noviembre de 2.016]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4753/1/T-UCE-0006-131.pdf>

9.- Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente. Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía. Manual de aplicación. La cirugía segura salva vidas. Ginebra: OMS; 2.008 [citado 12 de noviembre 2.016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70083/1/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf

10.- Da Silva-Freitasa R, Martín-Laeza R, Madrazo-Lealb C B, Villena-Martina M, Valduvico-Juaristia I, Martínez-Agüerosa J A et. al. Implantación de la lista de verificación quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud modificada para el paciente neuroquirúrgico, experiencia inicial en 400 casos. Servicio de Neurocirugía, Unidad de Raquis Quirúrgico, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España. Neurocirugía 2.012;23 (2):609[citado 12 de marzo 2.017]. Disponible en: <http://www.revistaneurocirugia.cm/es/implantacionlistaverificacionquirurgica/Organizacion/articulo/S11301473120004010401>

11.- Del Nozal Nalda M. Proceso de implementación de un listado de verificación de seguridad quirúrgica en un hospital regional de la comunidad autónoma de Andalucía. [Tesis Magister]. Murcia: Master Universitario en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud. Curso 2.010/2.012, Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia; 26 de junio de 2012 [fecha de acceso 14 de

noviembre de 2.016]. Disponible en: https://www.um.es/calidadsalud/TRABAJOS%20FINALES/MARTA%20DEL%20NOZAL/Master_TP_MNN_Jun2012.pdf

12.- Aldeco Prieto M E, Moreno Medina K J, Torres Benítez L N. Parada de seguridad: Impacto en la cultura de seguridad del equipo quirúrgico de una institución de alta complejidad. [Especialización en Epidemiología]. Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Universidad CES. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud – Facultad de Medicina; Mayo de 2.013 [citado 12 de noviembre 2.016]. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4490/Anex.o1.pdf?sequence=2>

13.- González González R, Jimeno Bernal J. Checklist /listas de chequeo: ¿Qué es un checklist y cómo usarlo? PDCA 2.012 [citado 12 de noviembre 2.016]. Disponible en: <http://www.pdcahome.com/check-list/>

14.- Milton S. Estadística para Biología y Ciencias de la salud. 3ª edición ampliada. McGraw-Hill; 2007.

15.- Ugarte M.D., Militino A.F. y Arnholt A.T. Probability and Statistics with R. CRC Press; 2008.

16.- Zar J. H. Biostatistical analysis. 5ª edición. Pearson Education international; 2010.

17.- Álvarez R. Estadística Aplicada a Ciencias de la Salud. Ediciones Díaz de Santos. Impreso en España; 2007.

18.- Macchi R. L. Introducción a la Estadística en Ciencias de la Salud (eBook online) Edición: 2ª Especialidad: Epidemiología - Estadística. Editorial Medica Panamericana; 2.013: 128.

19.- Checklist culture. Seductions of the WHO safe surgery checklist [carta].
BMJ. 2010;340:c915.

ANEXOS
ENCUESTA
PARTE I

Estimado Cirujano, le agradezco su colaboración y atención para responder la siguiente encuesta. Este instrumento es aplicado a Ud. de manera anónima, como parte del Trabajo Especial de Grado a presentar ante la Ilustre Universidad de Carabobo para optar al Título de Especialista en **Cirugía Pediátrica**.

1.- Su Grado de Profesionalización es:

- Residente Nivel I___ II___ III___ IV___
- Especialista en Cirugía Pediátrica desde hace___ años.

2.- ¿En cuanto a la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica?

- Conoce de su existencia? Si___ No___
- Conoce su objetivo? Si___ No___
- Conoce su contenido? Si___ No___

3.- ¿Ha recibido información sobre el uso de la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica?

Si___ No___

* Si su respuesta es afirmativa, por favor indique la fuente de esta información:

- Programa de Académico de Postgrado: Materia particular___ Práctica quirúrgica___
- Búsqueda propia: Redes___ Artículo OMS___ Literatura Quirúrgica___ Colega___ Otra___

4.- ¿Ha utilizado la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica?

- Si ___: Rutina___ Frecuente___ Ocasional___
- No___: No conoce___ Falta de tiempo___ No hay colaboración del equipo quirúrgico___
Falta de material para realizarla___ No es útil___

5.- ¿Utilizaría Ud. la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica?

Si___ No___

* Si su respuesta es afirmativa indique si la usaría:

De rutina___ Electivas___ Emergencias___ Luego de evaluarla___ Luego de adaptarla___

* Si su respuesta es negativa indique la razón de ésta decisión_____

6.- ¿Considera Ud. que existe alguna limitación por los Médicos de su Servicio para la aplicación de la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica?

- Si existen___ - No existen___

* Si su respuesta es afirmativa indique cual (es) considera como tales:

Humanas___ Desconocimiento___ Técnicas___ Tiempo___ Material para realizarla___ Otras___

PARTE II

Estimado Doctor, se agradece responder las siguientes preguntas sobre la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica, señalando la respuesta única que considere correcta encerrando la letra en un círculo.

7.- ¿Qué es la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica?

- a) Es un instrumento que toma en cuenta los antecedentes personales, quirúrgicos y ayuno del paciente.
- b) Es un formato que divide el acto quirúrgico anestésico en tres momentos: entrada, pausa quirúrgica y salida.
- c) Es una escala para medir el cumplimiento de las normas de bioseguridad y manejo de desechos del quirófano.
- d) Todas son correctas.

8.- ¿Cuál es el objetivo de la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica?

- a) Adoptar medidas para disminuir riesgos en el acto quirúrgico.
- b) Aumentar la tasa de productividad del quirófano.
- c) Disminuir las infecciones en la herida quirúrgica.
- d) Mejorar la relación médico paciente.

9.- ¿Quién debe aplicar la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica?

- a) Cirujano.
- b) Anestesiólogo.
- c) Enfermero.
- d) Cualquier miembro del equipo quirúrgico.

10.- Marque verdadero o falso con respecto a la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica:

- Se identifica el paciente, tipo de intervención, lugar anatómico y consentimiento informado solo en la historia clínica.

Verdadero___ Falso X

- Durante el acto quirúrgico el uso del pulsioxímetro (saturometro) es opcional.

Verdadero___ Falso X

- Es necesario que los miembros del equipo se presenten por su nombre y función.

Verdadero X Falso___

- Es opcional la demarcación del sitio donde se realizará la incisión.

Verdadero___ Falso X

11.- Marque verdadero o falso con respecto a la información del equipo quirúrgico:

- En procedimientos rutinarios, conocidos por todo el equipo es necesaria la comunicación.

Verdadero X Falso___

-La enfermera verifica en la solicitud de quirófano equipo o material especial para el acto quirúrgico.

Verdadero___ Falso X

-Antes de la incisión el equipo de anestesia revisa la necesidad de hemoderivados y comorbilidad existente.

Verdadero X Falso___

-Cualquier discrepancia entre los resultados esperados y los resultados reales de esterilidad del instrumental le compete al instrumentista.

Verdadero___ Falso X

12.- ¿Según la lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica; La profilaxis antibiótica debería ser?

- a) 30 minutos antes de la incisión.
- b) 60 minutos antes de la incisión.
- c) 24 horas antes de la incisión.
- d) No importa el tiempo de administración.

13.- ¿En la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica se realiza lo siguiente?

- a) El enfermero circulante confirma en voz alta el correcto etiquetado de la muestra anatomopatológica.
- b) El rotulado de la muestra anatomopatológica se confirma en el laboratorio.
- c) La muestra anatomopatológica no forma parte de la Lista de Verificación Quirúrgica.
- d) La muestra anatomopatológica es sólo de manejo del cirujano.

14.- Marque verdadero o falso al concluir la intervención quirúrgica:

- El procedimiento que ha sido modificado solo se informa en la nota operatoria por el cirujano.

Verdadero___ Falso X

- El enfermero confirma verbalmente con el equipo que los recuentos de instrumentos, gasas y agujas son correctos.

Verdadero X Falso___

- Los aparatos que fallen durante la operación se le notifican solo a electromedicina.

Verdadero___ Falso X

-El cirujano, el anestesiólogo y el enfermero revisan aspectos de la recuperación y tratamiento del paciente.

Verdadero X Falso___

15.- ¿La Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica serviría para?

a) Determinar el culpable de una complicación.

b) Definir errores y tratar que no se repitan.

c) Seleccionar adecuadamente pacientes para actos quirúrgicos.

d) Evaluar el desempeño del cirujano.

16.- Se establece sobre el uso de la Lista OMS de Verificación de Seguridad Quirúrgica que:

a) Ayudaría a disminuir eventos adversos en el paciente y mejoraría la calidad de atención.

b) Una lista de pasos a seguir no es suficiente para disminuir complicaciones.

c) La confirmación verbal de ciertos ítems son suficientes para disminuir complicaciones.

d) Cada profesional debe ocuparse de sus objetivos.

El coordinador confirmará verbalmente con el paciente su identidad, el tipo de intervención prevista, el lugar anatómico de la intervención y el consentimiento del paciente para su realización. Aunque pueda parecer repetitivo, este punto es esencial para garantizar que no se opera a la persona equivocada o el lugar anatómico equivocado ni se realiza una intervención equivocada. Si el paciente no pudiera confirmar estos datos, como por ejemplo en el caso de niños o pacientes incapacitados, puede asumir esta función un familiar o tutor. En caso de que no esté presente el tutor o un familiar y se omita este paso, por ejemplo, en una emergencia, se dejará sin marcar la casilla correspondiente.

DEMARCACIÓN DEL SITIO/NO PROCEDE

El Coordinador de la lista debe confirmar que el cirujano que va a realizar la operación ha marcado el sitio quirúrgico (por lo general con un rotulador) en los casos que impliquen lateralidad (distinción entre izquierda y derecha) o múltiples estructuras o niveles (p. ej. un dedo, una lesión cutánea o una vértebra en concreto). En el caso de las estructuras mediales (como el tiroides) o únicas (como el bazo), la delimitación del sitio dependerá de la práctica local. Algunos hospitales no la exigen por ser extremadamente raro que se opere en lugar equivocado. No obstante, la delimitación sistemática del sitio supone una confirmación adicional de que el lugar anatómico y el procedimiento son correctos.

SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA

Para completar este paso, el Coordinador pedirá al anesthesiólogo que confirme que se ha realizado un control de la seguridad de la anestesia, entendido como una inspección formal del instrumental anestésico, de la medicación y del riesgo anestésico del paciente antes de cada intervención. Además de confirmar que el paciente es apto para someterse a la operación, el equipo de anestesia debe inspeccionar el equipo de intubación y aspiración de la vía aérea, el sistema de ventilación (incluidos el oxígeno y los fármacos inhalados), la succión y los fármacos, dispositivos y equipos de urgencia para cerciorarse que todo esté disponible y en buenas condiciones de funcionamiento.

PULSIOXÍMETRO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO

El Coordinador de la lista confirmará que al paciente se le haya colocado antes de la inducción de la anestesia un pulsioxímetro que funcione correctamente. Lo ideal es que la lectura del dispositivo sea visible para el equipo quirúrgico. A ser posible, debe utilizarse un sistema de señal sonora que alerte del pulso y la saturación de oxígeno. La OMS ha recomendado encarecidamente la utilización del pulsioxímetro como componente necesario para la seguridad de la anestesia. Si no se dispone de uno, el cirujano y el anesthesiólogo deben evaluar la gravedad del caso y considerar la posibilidad de aplazar la intervención hasta que se tomen las medidas necesarias para disponer de uno. En caso de urgencia, para salvar un miembro o la vida, puede obviarse este requisito, pero en ese caso se dejará sin marcar esta casilla.

¿TIENE EL PACIENTE ALERGIAS CONOCIDAS?

El Coordinador de la lista dirigirá esta pregunta y las dos siguientes al anesthesiólogo. Primero, le preguntará si el paciente tiene alergias conocidas y, si es así, cuáles. La pregunta ha de formularse aunque el Coordinador ya conozca la respuesta, para confirmar así que el anesthesiólogo es consciente de la existencia de alergias que supongan un riesgo para el paciente. Sólo entonces se marcará la casilla correspondiente. Si el Coordinador tiene conocimiento de alguna alergia que el anesthesiólogo desconozca, debe comunicarle esa información.

¿TIENE EL PACIENTE VÍA AÉREA DIFÍCIL/RIESGO DE ASPIRACIÓN?

El Coordinador confirmará verbalmente que el equipo de anestesia ha valorado de forma objetiva si el paciente presenta algún problema en la vía aérea que pueda dificultar la intubación. Existen múltiples formas de graduar la vía aérea, como la clasificación de Mallampati, la distancia tiromentoniana o la escala de Bellhouse-Doré. La evaluación objetiva de la vía aérea con un método válido es más importante que el método elegido en sí mismo. La muerte por pérdida de la vía aérea durante la anestesia sigue siendo lamentablemente frecuente en todo el mundo, pero puede evitarse con una planificación adecuada. Si el examen de la vía aérea indica un alto riesgo de vía aérea difícil (grado 3 o 4 de Mallampati, por ejemplo), el equipo de anestesia debe estar preparado para una eventual complicación grave en la vía aérea. Ello implica, como mínimo, adaptar el método anestésico (por ejemplo, utilizar anestesia local, si es posible) y tener a mano equipo de emergencia. Un asistente capacitado—ya sea un segundo anesthesiólogo, el cirujano o un miembro del equipo de enfermería—deberá estar presente físicamente para ayudar en la inducción de la anestesia.

Como parte de la evaluación de la vía aérea también debe examinarse el riesgo de aspiración. Si el paciente padece reflujo activo sintomático o tiene el estómago lleno, el anesthesista debe prepararse para una posible aspiración. El riesgo puede limitarse modificando el plan anestésico (por ejemplo, utilizando técnicas de inducción rápida o solicitando la ayuda de un asistente que aplique presión sobre el cartílago cricoides durante la inducción). Ante un paciente con vía aérea difícil o riesgo de aspiración, sólo deberá marcarse la casilla (e iniciarse la inducción) después de que el anesthesiólogo haya confirmado que dispone del equipo adecuado y que la asistencia necesaria está presente junto a la mesa de operaciones.

¿TIENE EL PACIENTE RIESGO DE HEMORRAGIA > 500 ML (7 ML/KG EN LOS NIÑOS)?

En este punto, el Coordinador le preguntará al equipo de anestesia si el paciente corre el riesgo de perder más de medio litro de sangre en la operación, con el fin de garantizar que se reconoce esta posible complicación crítica y se está preparado para hacerle frente. La pérdida de un gran volumen de sangre se encuentra entre los peligros más comunes y graves para los pacientes quirúrgicos, y el riesgo de choque hipovolémico aumenta cuando la pérdida de sangre supera los 500 ml (7 ml/kg en niños). Una preparación adecuada y la reanimación pueden mitigar considerablemente las consecuencias. Es posible que los cirujanos no comuniquen sistemáticamente el riesgo de hemorragia al equipo de anestesia y al personal de enfermería. Por consiguiente, si el anesthesiólogo no conoce el riesgo de hemorragia del paciente, debe comentarlo con el cirujano antes de inducir la anestesia. Si existiera un riesgo de hemorragia superior a 500 ml, se

recomienda vivamente que antes de la incisión cutánea se coloquen al menos dos líneas intravenosas de gran calibre o un catéter venoso central. Además, el equipo debe confirmar la disponibilidad de líquidos o sangre para la reanimación. (Nótese que durante la “Pausa quirúrgica” el cirujano volverá a revisar la previsión de hemorragia, lo que permite un segundo control de seguridad al anestesiólogo y al personal de enfermería.)

EN ESTE PUNTO SE HA COMPLETADO LA FASE DE “ENTRADA” Y PUEDE PROCEDERSE A LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA.

CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN

Los miembros de los equipos quirúrgicos pueden cambiar con frecuencia. La gestión eficaz de situaciones de alto riesgo requiere que todos los miembros del equipo sepan quién es cada uno y cuál es su función y capacidad. Ello se consigue con una simple presentación. El Coordinador de la lista pedirá a cada una de las personas presentes en el quirófano que se presente por su nombre y función. Los equipos que ya se conozcan pueden confirmar que todos se conocen, pero los nuevos miembros o las personas que hayan entrado en el quirófano después de la última operación, entre ellos los estudiantes y otro tipo de personal, deben presentarse personalmente.

CIRUJANO, ANESTESIOLOGO Y ENFERMERO CONFIRMAN VERBALMENTE LA IDENTIDAD DEL PACIENTE, EL SITIO QUIRÚRGICO Y EL PROCEDIMIENTO

Este momento se corresponde con la “Pausa quirúrgica” convencional y cumple la normativa de muchos organismos de reglamentación nacionales e internacionales. Antes de que el cirujano realice a la incisión cutánea, el Coordinador de la lista u otro miembro del equipo pedirá a los presentes que se detengan y confirmen verbalmente el nombre del paciente, el tipo de intervención que va a realizarse, su localización anatómica y, si procede, la posición del paciente para evitar operar al paciente o el sitio equivocados. Por ejemplo, el enfermero circulante anunciaría *“Hagamos la pausa quirúrgica”* y añadiría *“¿Estamos todos de acuerdo en que este es el paciente X, al que vamos a operar de una hernia inguinal derecha?”*. La casilla no deberá marcarse hasta que el anestesiólogo, el cirujano y el enfermero circulante hayan confirmado de forma explícita e individual que están de acuerdo. Si el paciente no está sedado, es conveniente obtener también su confirmación.

PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS

La comunicación eficaz entre todo el equipo quirúrgico es fundamental para la seguridad de la cirugía, la eficiencia del trabajo en equipo y la prevención de complicaciones graves. Para garantizar que se comunican cuestiones esenciales sobre el paciente, en la pausa quirúrgica el Coordinador de la lista dirigirá una conversación rápida entre el cirujano, el anestesiólogo y el personal de enfermería sobre los principales peligros y los planes operatorios. Para ello, sencillamente puede formularle a cada miembro del equipo la pregunta correspondiente en voz alta. El orden de la conversación no

importa, pero la casilla correspondiente sólo se rellenará después de que cada disciplina clínica haya aportado su información. Cuando se trate de procedimientos rutinarios o con los cuales todo el equipo esté familiarizado, el cirujano puede sencillamente anunciar: *“Este es un caso rutinario de X tiempo de duración”* y preguntar al anestesista y al personal de enfermería si tienen alguna reserva en particular.

EL CIRUJANO REVISA LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PÉRDIDA DE SANGRE PREVISTA

El objetivo mínimo de hablar sobre los “pasos críticos o imprevistos” es informar a todos los miembros del equipo de cualquier actuación que ponga al paciente en riesgo por hemorragia rápida, lesión u otra morbilidad importante. Asimismo, ofrece la oportunidad de revisar los pasos que puedan requerir equipos, implantes o preparativos especiales.

EL EQUIPO DE ANESTESIA REVISA SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECÍFICO

En pacientes en los que el procedimiento entrañe riesgo de hemorragia intensa, inestabilidad hemodinámica u otra morbilidad importante, un miembro del equipo de anestesia debe revisar en voz alta los planes y problemas específicos de la reanimación —especialmente, la intención de utilizar hemoderivados— y cualquier característica o comorbilidad del paciente (como enfermedades cardíacas o pulmonares, arritmias, hemopatías, etc.) que complique la situación. Se entiende que muchas intervenciones no entrañan riesgos o problemas particularmente críticos que deban ser compartidos con el equipo. En tales casos, el anestesiólogo puede decir simplemente: *“Este caso no presenta problemas especiales”*.

EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISA SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS

El instrumentista, que prepara el instrumental y el equipo necesarios para la operación, debe confirmar verbalmente que se han esterilizado y que, en el caso del instrumental esterilizado por calor, se han verificado los indicadores de esterilidad. Cualquier discrepancia entre los resultados esperados y los resultados reales de los indicadores de esterilidad deberá comunicarse a los miembros del equipo y solucionarse antes de la incisión. Este momento ofrece también la oportunidad de hablar de cualquier problema relacionado con el instrumental y equipos u otros preparativos para la intervención, así como de cualquier duda sobre la seguridad que puedan tener el instrumentista o el enfermero circulante, en particular aquellas que no hayan sido tratadas por el cirujano y el equipo de anestesia. Si no hay cuestiones especiales, el instrumentista puede decir sencillamente: *“Esterilidad comprobada. Ninguna duda al respecto.”*

¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

A pesar del consenso y de las pruebas convincentes de que la profilaxis antibiótica en las infecciones quirúrgicas es más eficaz cuando se han alcanzado concentraciones séricas y/o tisulares

adecuadas del antibiótico, los equipos quirúrgicos no administran sistemáticamente antibióticos en la hora anterior a la incisión. Para reducir el riesgo de infección quirúrgica, el Coordinador de la lista preguntará en voz alta durante la pausa quirúrgica si se han administrado antibióticos profilácticos en los 60 minutos anteriores. El responsable de esta administración, que suele ser el anestesiólogo, debe confirmarlo verbalmente. Si no se hubieran administrado antibióticos profilácticos, deben administrarse en ese momento, antes de la incisión. Si se hubieran administrado más de 60 minutos antes, el equipo debe considerar la posibilidad de administrar una nueva dosis; si no se administra, la casilla se dejará en blanco. Cuando la profilaxis antibiótica no se considere necesaria (por ejemplo, si no hay incisión cutánea o en casos de contaminación ya tratados con antibióticos), se marcará la casilla “no procede” una vez confirmado verbalmente por el equipo.

¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?

Los estudios de imagen son fundamentales para garantizar una buena planificación y desarrollo de muchas operaciones, como los procedimientos ortopédicos, medulares y torácicos o muchas resecciones de tumores. En la “pausa quirúrgica”, el Coordinador de la lista preguntará al cirujano si el caso requiere algún estudio de imagen. De ser así, el Coordinador confirmará verbalmente que dichas imágenes están en el quirófano y en lugar bien visible para que puedan utilizarse durante la operación. Sólo entonces se marcará la casilla. Si se necesitan imágenes, pero no se dispone de ellas, deben conseguirse. El cirujano será quien decida si opera o no sin el apoyo de esas imágenes cuando sean necesarias, pero no estén disponibles; si se decide a operar, la casilla se dejará sin marcar. Si no se necesitan imágenes se marcará la casilla “no procede”.

EN ESTE PUNTO SE HA COMPLETADO LA “PAUSA QUIRÚRGICA” Y EL EQUIPO PUEDE PROCEDER A LA OPERACIÓN.

La fase de “Salida” puede iniciarla el enfermero circulante, el cirujano o el anestesiólogo, y debe llevarse a cabo antes de que el cirujano abandone el quirófano. Puede coincidir, por ejemplo, con el cierre de la herida. Una vez más, las casillas sólo se marcarán cuando el Coordinador haya confirmado que el equipo ha abordado cada punto de la lista.

EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO

Dado que el procedimiento puede haberse modificado o ampliado en el curso de la operación, el Coordinador de la lista confirmará con el cirujano y el resto del equipo el procedimiento exacto que se haya realizado. Puede hacerse a modo de pregunta: “¿Qué procedimiento se ha realizado?” o a modo de confirmación: “Hemos llevado a cabo la intervención X, ¿no es así?”

EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO QUE LOS RECIENTOS DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUJAS SON CORRECTOS (O NO PROCEDEN)

El olvido de instrumentos, gasas y agujas es un error poco común, pero que sigue ocurriendo y puede resultar catastrófico. El enfermero circulante o el instrumentista deberán por tanto confirmar

verbalmente la exactitud del recuento final de gasas y agujas. En caso de que se haya abierto una cavidad también deberá confirmarse el recuento exacto del instrumental. Si los recuentos no concuerdan, se alertará al equipo para que se puedan tomar las medidas adecuadas (como examinar los paños quirúrgicos, la basura y la herida o, si fuera necesario, obtener imágenes radiográficas).

EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS (INCLUIDO EL NOMBRE DEL PACIENTE)

La rotulación incorrecta de las muestras anatomopatológicas puede ser desastrosa para el paciente y es a menudo una fuente demostrada de errores por parte de los laboratorios. El enfermero circulante confirmará el correcto etiquetado de toda muestra anatomopatológica obtenida durante la intervención mediante la lectura en voz alta del nombre del paciente, la descripción de la muestra y cualquier detalle orientativo.

EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS

Los problemas relacionados con el equipo son habituales en los quirófanos. Es importante identificar los fallos y el instrumental o los equipos que no han funcionado bien para evitar que se vuelvan a utilizar antes de solucionar el problema. El Coordinador de la lista debe cerciorarse de que se identifiquen los problemas relacionados con el instrumental y los equipos que hayan surgido durante la intervención.

EL CIRUJANO, EL ANESTESIOLOGO Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE

El cirujano, el anestesiólogo y el enfermero revisarán el plan de tratamiento y recuperación posoperatorio, centrándose en particular en las cuestiones intraoperatorias o anestésicas que pudieran afectar al paciente. Tienen especial importancia aquellos eventos que presenten un riesgo específico para el paciente durante la recuperación y que quizás no sean evidentes para todos los interesados. La finalidad de esta medida es transmitir información fundamental de forma eficiente y adecuada a la totalidad del equipo.

CON ESTA ÚLTIMA MEDIDA SE COMPLETA LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD. SI SE DESEA, SE PUEDE AÑADIR LA LISTA A LA HISTORIA DEL PACIENTE O ARCHIVARLA PARA FINES DE CONTROL DE LA CALIDAD.