



ORIGINAL

Implementación del listado de verificación preoperatorio de enfermería para cirugía segura

Nursing preoperative checklist for safe surgery

Ariel P Ramos¹, Roberto M De Antón¹, Ethel Guidi², Stella Maris Delor¹, Liliana Lupica¹, Viviana B Fraiz¹, Darío Fidel³, Sabrina Arena¹, Eduardo B Arribalzaga⁴

¹ División Quirófanos. Hospital de Clínicas José de San Martín, Buenos Aires, Argentina

² Dirección de Enfermería. Hospital de Clínicas José de San Martín, Buenos Aires, Argentina

³ Dirección de Servicios Generales. Hospital de Clínicas José de San Martín, Buenos Aires, Argentina

⁴ Departamento de Cirugía. Hospital de Clínicas José de San Martín, Buenos Aires, Argentina

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: piedralta@gmail.com (Eduardo B Arribalzaga).

Recibido el 9 de noviembre de 2019; aceptado el 29 de diciembre de 2019.

Cómo citar este artículo:

Ramos AP, De Antón RM, Guidi E, Delor SM, Lupica L, Fraiz VB, Fidel D, Arena S*, Arribalzaga EB. Implementación del listado de verificación preoperatorio de enfermería para cirugía segura. JONNPR. 2020;5(8):792-805. DOI: 10.19230/jonnpr.3386

How to cite this paper:

Ramos AP, De Antón RM, Guidi E, Delor SM, Lupica L, Fraiz VB, Fidel D, Arena S*, Arribalzaga EB. Nursing preoperative checklist for safe surgery. JONNPR. 2020;5(8):792-805. DOI: 10.19230/jonnpr.3386



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License
La revista no cobra tasas por el envío de trabajos, ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.

Resumen

Antecedentes. La seguridad en la atención de los pacientes es un aspecto prioritario en la organización y funcionamiento de todo sistema de salud. La valoración de enfermería en las salas de internación permite detectar dificultades o problemas en el preoperatorio que pueden poner en riesgo la vida del paciente o el resultado esperado de la intervención. Se deben generar protocolos que garanticen seguridad para los pacientes disminuyendo al máximo los errores.

Objetivo. Implementar la lista de verificación preoperatoria de enfermería para disminuir los errores en el ingreso de pacientes a quirófanos.

Lugar. Hospital Universitario-. División Quirófanos – Departamento de Cirugía – Dirección de Enfermería.

Población. Pacientes internados para cirugías programadas.



Método. Observacional, exploratorio, longitudinal prospectivo con análisis retrospectivo. Implementación preoperatoria de lista de verificación en sala de internación por enfermería.

Resultados. En Mayo de 2018 se operaron 355 pacientes en los quirófanos centrales. Hubo 183 errores de un total de 158 cirugías programadas. La falla más frecuente fue el ingreso de pacientes con ropa interior o ropa de cama en 59 (32,2%), seguido por falta de gorro o cofia en 22 (12%), e ingreso de pacientes con prótesis dental en 21 (11,5%). En la segunda etapa aún con la planilla de verificación de enfermería preoperatoria implementada persistieron los errores en un 48 %.

Conclusión. se deben promover acciones específicas para que los equipos quirúrgicos alcancen de forma sistemática las medidas de seguridad esenciales sin poner en riesgo la vida y bienestar de los pacientes quirúrgicos.

Palabras clave

cirugía segura; verificación preoperatoria; enfermería

Abstract

Background. The safety of patient care is a priority aspect in the organization and functioning of all health systems with direct implications on the quality of care. The assessment of nursing in the internment rooms allows to detect difficulties or problems in the preoperative that can endanger the life of the patient or the expected outcome of the intervention. This is where protocols must be generated to ensure safety for patients, minimizing errors.

Objective. To implement the pre-operative nursing checklist to reduce errors in the admission of patients to operating room.

Setting. University Hospital. Surgical Division – Department of Surgery – Nursing management.

Population. internal patients for scheduled surgeries.

Method. Observational, exploratory, longitudinal prospective with retrospective analysis. Checklist preoperative nursing implementation.

Results. In May 2018, 355 patients were operated in the central operating rooms. 183 errors were found on 158 surgeries scheduled in a first stage. The most frequent failure was the admission of patients with underwear or bedding 59 (32.2%), followed by lack of cap or cap 22 (12%), and admission of patients with dental prosthesis 21 (11.5%). In the second stage, the nursing check list form was implemented but which could reduce the number of errors in the preoperative period to 48%.

Conclusion. Specific actions should be promoted so that surgical teams systematically reach essential safety measures that jeopardize the life and well-being surgical patients.

Keywords

safe surgery; preoperative checklist; nursing



Introducción

La seguridad en la atención de los pacientes es un aspecto prioritario en la organización y funcionamiento de todo sistema de salud, teniendo implicancias directas en la calidad de la atención^(1,2). En el año 2008 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió pautas y normas para reducir los errores en la atención de la salud con la campaña "Cirugía segura salva vidas"⁽³⁾, cuyo propósito era mejorar la seguridad de las cirugías en todo el mundo, definiendo un conjunto de normas en una lista de verificación denominada *Lista OMS de verificación de la seguridad en cirugía*, compuesta por un conjunto de ítems que se deben verificar durante todo el procedimiento quirúrgico, dividido en 3 tiempos: antes, durante y después de la intervención⁽⁴⁾.

En el año 2010 en nuestro Hospital se llevó a cabo el reto de implementar el listado de verificación quirúrgica tras un programa formativo dirigido a los profesionales implicados en los procedimientos⁽⁵⁾. Ya han pasado más de ocho años tras su implementación y ahora se realiza una reevaluación exhaustiva de esta herramienta, más allá de la percepción de la práctica percibida por parte de los profesionales. En esta reevaluación, se detectó que muchos de los errores dentro de la sala de operaciones correspondían al momento de ingreso del paciente, primer momento de evaluación^(6,7).

La preparación del paciente para el acto quirúrgico y su traslado a quirófano representan el paso previo del ingreso a la sala de operaciones, es ahí donde se deben generar protocolos que garanticen seguridad para los pacientes⁽¹²⁾.

El objetivo final de este artículo es analizar la seguridad de los pacientes en el preoperatorio inmediato, identificar y reconocer sus fallas para mejorar la calidad de atención médica, reducir al máximo los errores y cumplir con la premisa dispuesta por la OMS en el año 2008.

Material y Métodos

La División Quirófanos, dependiente del Departamento de Cirugía del Hospital de Clínicas José de San Martín, se encuentra actualmente trabajando para evaluar si persisten errores o existen nuevos luego de la implementación del listado de verificación para cirugía segura.



El diseño observacional exploratorio tiene intención longitudinal prospectiva con análisis retrospectivo de operaciones programadas consecutivas. Como el listado de verificación quirúrgico que se utiliza actualmente dentro de la sala de operaciones es el propuesto por la OMS y que, sin embargo, no contempla el período preoperatorio inmediato, se realizó en forma preliminar durante el mes de mayo de 2018 en forma consecutiva, una observación de los pacientes que ingresaban a quirófano trasladados desde las salas de internación, que se llamó Etapa 1 del listado de verificación preoperatorio de enfermería.

Se confeccionó una planilla de control para el ingreso de pacientes a quirófano (FIGURA 1) como trabajo exploratorio inicial. No se notificó de esta planilla a enfermería de sala para que el relevamiento fuera fehaciente no sesgado. La planilla era completada por los camilleros de quirófano previo a que el paciente acceda al quirófano en el lugar donde se realiza la transferencia de pacientes.

INGRESO DE PACIENTE A QUIRÓFANO			
Nombre y Apellido:	Servicio:	Fecha:	
Historia Clínica:	Urgencia <input type="checkbox"/>	Programado <input type="checkbox"/>	Ambulatorio <input type="checkbox"/>
INGRESO A QUIRÓFANO	SI	NO	OBSERVACIÓN / COMENTARIO
Horario de ingreso a la planta			
Horario de cirugía, si es programada			
Ayuno			
Gorro			
Botas			
Uñas pintadas			
Ropa interior / Ropa de cama			
Aros, cadenas, pulseras, anillos, etc.			
Lentes			
Protesis dental			
Estudios			
Consentimiento informado, firmado			
Baño pre-quirúrgico			
Alergias			
¿Sabe de que se opera?			
¿Sabe quién lo opera?			

Figura 1. Formulario de ingreso a quirófano



Luego de realizar el análisis de las planillas de ingreso del paciente a quirófano del estudio preliminar, se llevó a cabo una reunión entre la División Quirófanos, el Departamento de Cirugía y la Dirección de Enfermería donde se acordó convocar a todos los enfermeros de sala y a la División Infectología a un ateneo clínico general para explicar cuáles fueron los resultados obtenidos en el análisis de un mes y elaborar en conjunto una planilla para el “checklist” preoperatorio de enfermería como se detalla en la FIGURA 2, llamada Ficha de consenso.

CHECK LIST PRE QUIRURGICA DE ENFERMERIA											
DATOS DEL PACIENTE											
APELLIDO Y NOMBRE:						EDAD:					
HISTORIA CLINICA N°:				CAMA N°:		PISO:		SALA:			
CONTROL DE SIGNOS VITALES											
T.A.:			T°:			F.C.:			F.R.:		
SONDA VESICAL SI NO			DBT: SI NO			H.T.A. CRONICA SI NO			SATURACION OXIGENO:		
ASILAMIENTO DE CONTACTO SI NO			PROFILAXIS ANTITETANICA SI NO			ACCESO VENOSO SI NO			ALEGICO A:		
PACIENTE REFIERE:				CONSENTIMIENTO INFORMADO SI NO				GRUPO SANGUINEO SI NO			
MARCAR CON (x) LO QUE CORRESPONDA											
PREQUIRURGICO MEDIATO (24 hs previa cirugía)						PREQUIRURGICO INMEDIATO (dia de la cirugía)					
AYUNO 12 hs						TONSURADO PREVIO AL BAÑO					
22 hs. – BAÑO TOTAL EN DUCHA C/CLORHEXIDINA JABON						05 hs. – BAÑO TOTAL EN DUCHA C/CLORHEXIDINA JABON					
22 hs. – BAÑO TOTAL EN CAMA C/6 PAÑOS C/ CLORHEXIDINA						05 hs. – BAÑO TOTAL EN CAMA C/ 6 PAÑOS C/ CLORHEXIDINA					
SECADO CON TOALLON PROPIO (NO USAR SABANAS)						SECADO CON TOALLON PROPIO (NO USAR SABANAS)					
ENJUAGUE BUCAL CLORHEXIDINA						ENJUAGUE BUCAL CLORHEXIDINA					
PROTESIS DENTAL						ROPA INFERIOR					
DESODORANTE						DESODORANTE					
COLONIA						COLONIA					
LINAS LIMPIAS/ ESMALTE						AUDIFONOS					
MAQUILLAJE						LENTES DE CONTACTO					
ANILLOS SIN ARDOS						CAMISOLIN S N GORRO S N BOTAS S N BARBUO					
COLGANTES						ROPA DE CAMA DESCARTABLE					
RELOJ						CON DEPOSICION INTESTINAL POST BAÑO (REPETIR EL BAÑO)					
CATARSIS POSITIVA						FANAL LIMPIO					
CON DEPOSICION INTESTINAL POST BAÑO (REPETIR EL BAÑO)						SI LA ESPERA PARA CIRUGIA ES MAYOR A 8 hs (REPETIR BAÑO)					
ELEMENTOS DE VALOR (CELULAR / TABLET / DINERO/ Etc.)						MEDICACION DEL DIA - CUAL?					
FAMILIAR QUE RECIBE ELEMENTOS DE VALOR											
NOMBRE:			APELLIDO:								
DNI:						FIRMA:					
ENFERMERO APELLIDO						ENFERMERO APELLIDO					
NOMBRE						NOMBRE					
FIRMA						FIRMA					
06 HS - CONTROL SIGNOS VITALES											
T.A.:			T°:			F.C.:			F.R.:		
PACIENTE DBT			06 hs. - CONTROL DE GLUCEMIA:								
ENFERMERO APELLIDO				NOMBRE				FIRMA			

Figura 2. Ficha de consenso de verificación preoperatoria

En una segunda etapa se cotejó el mismo control para los pacientes que ingresaban a quirófanos desde la sala de internación con esa planilla de verificación prequirúrgica de enfermería por un período de un mes (21 de agosto al 21 de septiembre de 2018).

Se utilizó la prueba estadística de χ^2 para expresar significación estadística.



Resultados

En mayo de 2018 (Etapa 1) se operaron 355 pacientes en los quirófanos centrales de los cuales 218 correspondían a cirugías programadas y 137 a cirugías de urgencia. De las 218 cirugías programadas, 61 pacientes fueron ambulatorios y 158 eran pacientes internados, que son los analizados en este estudio.

Con el resultado de estos datos preliminares se confeccionó una tabla detallando los errores detectados al ingreso de los pacientes a quirófano (TABLA 1).

SERVICIO	AYUNO	GORRO	BOTAS	UÑAS PINTADAS	ROPA DE CAMA	AROS CADENAS PULSERAS	LENTE S	PROTESIS DENTAL	ESTUDIOS	CONSENT. INFORMADO	BAÑO	TOTALES
GINCOLOGIA					1	1		2	5	1		10
UROLOGIA									2	2		4
NEUROCIURGIA					8	1		2	1	1	3	16
TRAUMATOLOGIA			1		1	1		2	2	1		8
C. CARDIACA		2										2
C. GASTRO		2	1	5	14	3		2	1	1	1	30
C. ONCOLOGICA	1	2		5	11	1		4	4		3	31
C. TORACICA				1	5	2		3	1	1	2	15
C. VASCULAR		4	2		4	1	1	3	1		2	18
C. PLASTICA		3	9		7	1		2			6	28
C. PEDIATRICA		9			4							13
HEMODINAMIA					2					1	1	4
FLEBOLOGIA					1							1
HEMATOLOGIA					1					1		3
TOTALES	1	22	13	11	59	11	1	21	17	9	18	183

Tabla 1. Etapa 1 con detalle de errores

Se constataron un total de 183 errores, sobre un total de 158 cirugías programadas. La falla más frecuente fue el ingreso de pacientes con ropa interior o ropa de cama: 59 (32,2%), seguido por falta de gorro o cofia 22 (12%), e ingreso de pacientes con prótesis dental 21 (11,5%). Se analizó también a qué servicio pertenecían los pacientes que eran trasladados



desde la sala de internación para posteriormente hacer un relevamiento y corrección de las fallas.

En una segunda etapa analizada (Etapa 2), el ingreso de pacientes a quirófano con la planilla de verificación (Ficha de consenso, FIGURA 2) fue en 171 cirugías programadas con internación donde 126 pacientes ingresaron a quirófano con la planilla de verificación completada y 45 no lo hicieron. En esos pacientes se constató un total de 83 errores (48,5%). La falla más frecuente fue el ingreso de pacientes con ropa interior o ropa de cama: 30 (36%), seguido por falta de gorro o cofia, uñas pintadas, prótesis dental y falta de firma en consentimiento informado 7 (8,5%) (TABLA 2).

TABLA DE ERRORES. SEGUNDA ETAPA.

SERVICIO	AYUNO	GORRO	BOTAS	UÑAS PINTADAS	ROPA DE CAMA	AROS CADENAS PULSERAS	LENSES	PROTESIS DENTAL	ESTUDIOS	CONSENT. INFORMADO	BAÑO	TOTALES
GINCOLOGIA				1	1			2				4
UROLOGIA				1								1
NEUROCIRUGIA					1			1		1		3
TRAUMATOLOGIA			2	2	3	3	2	2	1	3		18
C. CARDIACA												0
C. GASTRO		1			4				1	2	4	14
C. ONCOLOGICA		4	1	2	6			1	1		1	15
C. TORACICA		1		1	2							3
C. VASCULAR					1			1	1		1	4
C. PLASTICA		1	1		8						4	14
C. PEDIATRICA			1									1
HEMODINAMIA					1	1				1		3
FLEBOLOGIA					3							3
TOTALES	0	7	5	7	30	4	2	7	4	7	10	83

Tabla 2. Etapa 2 con detalle de errores

Si se analizan los resultados mediante una prueba estadística del χ^2 , se advierte que las diferencias encontradas en la Etapa 1 (estudio preliminar) y la Etapa 2 (ya implementada la lista de verificación preoperatoria de enfermería), no pueden ser debidas al azar y que la mejoría encontrada (de 183 errores en 158 operaciones programadas en la Etapa 1 a 83 errores de 171 operaciones programadas en la Etapa 2) se corresponden con el hecho de poner en práctica procesos y procedimientos que tienden a asegurar el preoperatorio inmediato



cuando los pacientes quirúrgicos van desde la sala de internación a los quirófanos correspondientes (significación estadística $p \leq 0,00001$),

	Operaciones	Errores	Total	
Etapa1	158	183	341	chi ² = 25,94127 g.l. = 1 p = 0,000001
Etapa2	171	83	254	
	329	266	595	

Cuadro 1. Análisis estadístico

A pesar de que en algunos servicios se detectó que el listado de verificación era insuficientemente completado y eso se correspondía con un mayor número de errores (ver TABLA 3).



SERVICIO		CIRUGÍA		CHECK LIST DE ENFERMERÍA		CUMPLIMIENTO HORARIO		AYUNO		GORRO		BOTAS		UÑAS PINTADAS		ROPA INTERIOR / DE CAMA		ARCS, CAÑONAS, PULSERAS, ETC.		LENTE		PROTEG DENTAL		ESTUDIOS		CONCPT. INFORMADO, FIRMADO		BAÑO PRE-QUIRÚRGICO		AUBERGIAS		TOTALES	
		Prog	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No	Prog	Errores	
GINECOLOGÍA		32	32		32	32		32	32		32	32	1	31	1	31		32	32	2	30	32	32			32	2	30			32	4	
UROLOGÍA		5	5		5	5		5	5		5	5	1	4		5		5	5	5	5	5	5			5	5			5	1		
NEUROLOGÍA		10	10		10	10		10	10		10	10		10	1	9		10	10	1	9	10	9	1	10			10	10	3			
TRAUMATOLOGÍA		23	19	4	21	2	23	23	21	2	2	21	3	20	3	20	2	21	2	21	22	1	20	3	23			23	23	18			
C. CARDIACA		4	2	2	4		4	4	4		4	4		4	4		4	4	4	4	4	4	4			4	4			4	0		
C. GASTRO		26	15	11	26		26	25	1	26		2	24	4	22		26	26	26	25	1	24	2	22	4	1	25	26	26	14			
C. ONCOLOGICA		28	19	9	24	4	28	24	4	27	1	1	27	6	22		28	28	1	27	27	1	28			27	1	3	25	28	15		
C. TORACICA		8	4	4	7	1	8	7	1	8		8	2	6		8	8	8	8	8	8	8	8			8	2	6	8	3			
C. VASCULAR		13	11	2	11	2	13	13	13		13	1	12		13	13	1	12	12	1	13			12	1	2	11	13	4				
C. PLASTICA		14	4	10	12	2	14	13	1	13	1	14	8	6		14	14	14	14	14	14	14			10	4	14	14	14				
C. PEDIATRICA		1		1	1		1	1		1		1		1		1	1	1	1	1	1	1			1	1			1	1			
HEMODINAMIA		4	2	2	4		4	4		4		4	1	3	1	3	4	4	4	4	3	1	4			1	3	4	4	3			
FIBROLOGÍA		3	3		3	3		3	3		3	3		3	3		3	3	3	3	3	3			3	3			3	3			
T		Totales Operaciones Programadas																												171			
o		Total Errores																												83			
r																																	
e																																	
s																																	

Tabla 3. Errores/fallas a la entrada de quirófano

Discusión

Para construir un sistema seguro es necesario buscar, analizar y solucionar las causas de los errores en la atención de nuestros pacientes. En el año 2008 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó su campaña “Cirugía segura salva vidas”⁽³⁾, con definición de pautas y normas para reducir los errores dentro de las salas de operaciones. El modelo de lista de verificación de la OMS está compuesto por un conjunto de puntos que se deben verificar durante 3 tiempos: antes, durante y después de la intervención quirúrgica⁽⁴⁾.

En nuestro hospital se implementó el listado de verificación para cirugía segura en el año 2010⁽⁵⁾, y actualmente se realiza una reevaluación de esta herramienta, donde se detectaba que muchos de los errores encontrados dentro de la sala de operaciones correspondían al momento de ingreso del paciente, llamado primer momento de evaluación^(6,7).



Se reveló en ese análisis que muchos de los errores al ingreso del paciente a quirófano correspondían con el período preoperatorio inmediato, es decir al momento de la preparación de los pacientes para ir a quirófano como ser falta de control de signos vitales, control de ayuno, baño prequirúrgico, consentimiento informado para la cirugía, acondicionamiento para el traslado e ingreso a quirófano (gorro, botas, camisolín, no trasladar objetos personales), estudios e historia clínica.

Los pacientes que van a ser operados requieren una adecuada atención preoperatoria, que comienza al ingreso a la sala de internación y continúa hasta el momento de la cirugía^(1,16).

La valoración preoperatoria de enfermería en las salas de internación nos permite detectar dificultades o problemas que puedan poner en peligro la vida del paciente o el resultado esperado en la intervención⁽⁸⁾, así como conocer las necesidades del paciente en el momento del ingreso, no solo desde lo físico sino también desde lo emocional^(9,10).

La preparación del paciente para el acto quirúrgico y el traslado a quirófano representan el paso previo del ingreso a la sala de operaciones, es ahí donde se deben generar protocolos que garanticen seguridad para los pacientes^(11,12).

Los protocolos incrementan la confiabilidad en el cuidado de la salud del paciente, reduciendo el error humano en la ejecución de procesos complejos⁽¹³⁾. Es fundamental detectar amenazas reales o potenciales contra la integridad de los pacientes que serán sometidos a una intervención quirúrgica para anticiparnos o permitir planificar estrategias que mejoren la calidad de atención^(14,15,19).

Con un listado de verificación tradicional (Etapa 1) para el período pre-quirúrgico que contempló la evaluación de signos vitales y la preparación de los pacientes para el traslado a quirófano se constató un total de 183 errores sobre 158 cirugías programadas. Es decir, hubo más errores que cirugías programadas y la falla más frecuente fue el ingreso de pacientes con ropa interior o ropa de cama no adecuada 59 (32,2%), seguido por falta de gorro o cofia 22 (12%), e ingreso de pacientes con prótesis dental 21 (11,5%). Al aplicar un elaborado y propio listado de verificación para su aplicación por parte de enfermería y transporte hacia quirófano (Etapa 2), la cantidad de errores encontrados si bien fue significativamente menor (83 errores en 171 operaciones, 48,5 %), *no era el esperado por ser tan alto* y este fue un resultado negativo en esta investigación.

Algunos autores atribuyen a esta elevada frecuencia de errores o fallas de los pacientes que ingresan a quirófanos con ropa interior o ropa de cama no adecuada porque muchos de ellos sienten vergüenza o tienen pudor en el traslado⁽¹³⁾. Eso es cierto, aunque



muchas veces es también por falta de control o insuficiente información suministrada por personal de enfermería para hacer efectiva una norma que se debe cumplir siempre tal como se señala en la Tabla 3.

Una de las medidas más importantes para reducir las complicaciones infecciosas relacionadas con la cirugía consiste en realizar el baño previo al ingreso del paciente a la sala de operaciones. En este estudio casi el 10% de los pacientes ingresaron a la sala de operaciones sin el baño pre-quirúrgico. En el año 2016, la OMS publicó una serie de recomendaciones basadas en evidencia, donde sugiere como recomendación fuerte, el baño previo a la intervención, bien con jabón normal o antiséptico^(20,21).

También otro hecho a destacar es el retiro de todo tipo de alhajas (anillos, pulseras, aros), lentes, prótesis dentales que, sin embargo, no se cumplen en violación a las normas y requieren controles más estrictos. En este análisis el 11,5% ingresó con prótesis dental y el 6% de los pacientes lo hizo con algún tipo de alhaja^(22,23).

El cuidado de los pacientes en el ámbito de la salud, y en nuestro caso en el ámbito quirúrgico no es tarea sencilla, ya que depende de un sistema en el que interaccionan individuos (profesionales y no profesionales de la salud), la tecnología, la infraestructura y el ambiente. Las acciones de cada estamento asistencial van a depender y condicionar las del otro, por lo que es esencial una adecuada coordinación y comunicación entre los integrantes del sistema⁽²⁾.

En nuestro medio hospitalario, muchas veces cobra un papel crucial la limitación de recursos materiales por cuanto es difícil desplegar seguridad con recursos materiales inadecuados o escasos (falta de ropa de cama, gorros, barbijos, agua caliente en los baños, etc.). Esto conlleva, si no se hace un correcto análisis y se proponen soluciones, a que se produzcan intervenciones escasamente controladas por los profesionales con el consiguiente aumento de las complicaciones en los pacientes y lógicamente la disminución de la calidad en la atención, aunque muchas veces también se denota una falta de compromiso interno (responsabilidad) y cierta resistencia al cambio por parte de los profesionales de la salud⁽¹²⁾.

Se debe generar la cultura de seguridad y comunicación de errores, y es ahí donde se pone de manifiesto la falta de comunicación y cultura de notificación del evento adverso, la dificultad de aceptar el error humano por el temor al castigo si se notifica, la incomprensión de la población por falta de cultura del error, y que no notificar un error puede significar un problema o efecto adverso para el paciente o para otros profesionales⁽¹⁴⁾. Esto hace necesaria la adaptación a una normativa legal y justifica la exigencia de un "checklist" específico para el



preoperatorio en unidades de hospitalización quirúrgica para verificar la preparación adecuada del paciente antes de su envío al centro quirúrgico. Trabajar en profundidad la seguridad clínica de las organizaciones sanitarias requiere reconocer errores actuales, lo que exige un cambio de pensamiento y el uso de registros adecuados⁽¹²⁾.

La *fortaleza* de este análisis es haberse comprometido y participado todo el personal involucrado (médicos cirujanos, enfermería, camilleros, administrativos) para asegurar una atención de calidad a todo paciente quirúrgico. La *limitación* (o debilidad) es que sólo, tal vez, pueda tener valor para la institución donde se desarrolló esta investigación y comprobar además que la literatura mundial sobre este tema no es muy prolífica, por lo tanto, no se sabe si lo encontrado en este análisis es excepcional o la norma.

Para concluir, se deben promover acciones específicas y reforzar las prácticas de seguridad establecidas, fomentando la comunicación y el trabajo en equipo entre disciplinas clínicas y quirúrgicas como así también con todo el personal de enfermería y administrativo de la institución sanitaria para alcanzar de forma sistemática las medidas de seguridad esenciales, con mínimos riesgos para los pacientes quirúrgicos.

Referencias

1. Bumashny E, Raffa I, Reichman P. *Evaluación preoperatoria del paciente quirúrgico*. Enciclopedia de Cirugía Digestiva, Buenos Aires Galindo y colab. 2013, Capítulo I-101 pág.1-20,
2. Gaitán-Duarte H, Eslava-Schmalbach J, Rodríguez-Malagon N, Forero-Supelano V, Santofimio-Sierra D, Altahona H, y Grupo de Evaluación de Tecnologías y Políticas en Salud. *Incidencia y Evitabilidad de Eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en tres Instituciones Hospitalarias en Colombia, 2006*. Revista de Salud Pública 2008;10 (2): 215-226..
3. Organización Mundial de la Salud. *La Cirugía Segura Salva Vidas*. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente. 2008.
4. Organización Mundial de la Salud. *Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía. La cirugía segura salva vidas*.2009.
5. Arribalzaga E; Lupica L; Delor S; Ferraina P. *Implementación del listado de verificación de cirugía segura*. Rev. Argent, Cirug., 2012; 102 (1-3): 12-16.



6. Campaña G. *Errores médicos en el ambiente quirúrgico. Como prevenirlos. Parte I. Generalidades.* Rev Chil Cir 2006;58 (3): 235-238.
7. Campos CM; Carrillo JA. *Reporte de errores médicos como estrategia para la prevención de eventos adversos.* Rev. Conamed. 2008; 13 (2): 17-22.
8. Orihuela-Pérez, Pérez-Espinosa J A, Aranda-Salcedo T, Zafra-Norte J, Jiménez-Ruiz R, Martínez-García R, Escobar-Julián F. *Visita preoperatoria de enfermería: evaluación de la efectividad de la intervención enfermera y percepción del paciente.* Enferm Clin. 2010;20(6):349–354.
9. Arribalzaga EB. *El Estrés en la Práctica Quirúrgica.* Rev Argent Resid Cir 2009; 14(1):37-40.
10. Collazos C; Bermúdez L; Quintero A; Quintero L; Díaz M. *Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente.* Rev Colomb Anesthesiol. 2013;41(2):109–113.
11. Conde M, Bernal Consuegra A. *Guía práctica para los cuidados preoperatorios de enfermería del Centro Especializado Ambulatorio de Cienfuegos.* Medisur 2012; 10(2): 98-103.
12. MartínezQues AA, Hueso Montoro C, Gálvez González G. *Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería.* Rev. Latino-Am. Enfermagem 2010;18(3):1-8.
13. Christoforo B, Carvalho D. *Nursing care applied to surgical patient in the pre-surgical period.* Rev Esc Enferm USP 2009; 43(1):14-21.
14. Ferreres AR. *Error en cirugía.* Rev Argent Cirug 2009; N°Extraordinario: 169-268.
15. Grober E; Bohnen J. *Defining medical error.* Can J Surg, 2005;48, No.1, February.
16. *Intervenciones Preventivas Para la Seguridad en el Paciente Quirúrgico.* México: Secretaría de Salud Pública; 2013.
17. Bastos AQ, Souza RA, Souza FM, Marques PF. *Reflections on nursing care in the pre- and postoperative period: an integrative literature review.* Cienc Cuid Saude 2013Apr/Jun; 12(2):382-390.
18. Alpendre FT, Cruz EDA, Dyniewicz AM, Mantovani MF, Silva AEBC, Santos GS. *Safe surgery: validation of pre and postoperative checklists.* Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2907.



-
19. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación(S.C.A.R.E.). *Preparación del paciente para el acto quirúrgico y traslado al quirófano. Manual de práctica clínica basado en la evidencia.* Bogotá D.C. Septiembre, 2014.
 20. Allegranzi B, Bischoff P, De Jonge S, Kubilay N, Gomez S, Abbas M, Atema S. *New WHO recommendations on preoperative measures for surgical site infection prevention: an evidence-based global perspective.* Lancet Infect Dis 2016; 16: e276-87.
 21. López J, Polo L, Fortún J, Navarro J, Centella T. *Recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención de la infección de herida quirúrgica en cirugía cardiovascular.* Cir Cardio. 2018; 25(1): 31-35.
 22. VIII Congreso Argentino de la Sociedad Argentina de Infectología –SADI-. *Documento de consenso: Prevención de infección del sitio quirúrgico y seguridad del paciente en el pre, intra y postquirúrgico.* 11 y 12 de Junio de 2009, Mar del Plata.
 23. Lambert S, López Piñero J, Mendoza R. *Normas para el baño pre quirúrgico. Área de control de infecciones.* Hospital El Cruce. 2013. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación.