

**EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN  
QUIRURGICA (OMS) EN UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIO DE  
SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER  
EN EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2018**

**NATHALY ANDREA ARBELAEZ LUNA  
MARIA LUCIA NIÑO CARVAJAL  
CINDY LORENA MARTINEZ AREVALO**

**PROYECTO DE GRADO**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA-UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE SALUD – ESCUELA DE MEDICINA  
POSGRADO EN AUDITORIA EN SALUD  
BUCARAMANGA, 2018**

**EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN  
QUIRURGICA (OMS) EN UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIO DE  
SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER  
EN EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2018**

**NATHALY ANDREA ARBELAEZ LUNA  
MARIA LUCIA NIÑO CARVAJAL  
CINDY LORENA MARTINEZ AREVALO**

**PROYECTO DE GRADO**

**ASESOR:  
BEATRIZ TORRES AVENDAÑO**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA-UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE SALUD – ESCUELA DE MEDICINA  
POSGRADO EN AUDITORIA EN SALUD  
BUCARAMANGA, 2018**

## Tabla de contenido

	Pág.
<b>1. FORMULACION DEL PROBLEMA</b> .....	<b>6</b>
1.1. Planteamiento del problema .....	6
1.2. Justificación. ....	7
1.3. Pregunta de investigación.....	8
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>9</b>
2.1. Marco Histórico .....	9
2.2. Marco conceptual.....	11
2.3. Marco legal .....	13
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>15</b>
3.1. Objetivo general.....	15
3.2. Objetivos específicos .....	15
<b>4. METODOLOGÍA</b> .....	<b>16</b>
4.1. Enfoque Metodológico .....	16
4.2. Tipo de Estudio .....	16
4.3. Población Objeto y Muestra: .....	16
4.6.1. Criterios de inclusión.....	16
4.6.2. Criterios de exclusión.....	16
4.4. Selección y tamaño de la muestra .....	16
4.5. Técnicas de recolección.....	18
4.6.3. Fuentes .....	18
4.6.4. Instrumentos .....	18
4.6. Prueba piloto.....	19
4.6.5. Resultados de la prueba piloto.....	19
4.7. Control de sesgos .....	20
4.8. Técnicas de procesamiento de la información y análisis de los análisis los resultados .....	20
4.9. Plan de divulgación.....	20
4.10. Consideraciones Éticas.....	21
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>22</b>
5.1. Características de la Población:.....	22
5.2. Variables de cumplimiento de Historias clínicas completas. ....	24
<b>6. CONCLUSIONES</b> .....	<b>30</b>
<b>7. PLAN DE DIVULGACIÓN DE DATOS</b> .....	<b>31</b>

## Lista de tablas

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Descripción de variables .....	17
Tabla 2. Características Generales de la Población: Edad. ....	22
Tabla 3. Características Generales de la Población: Género.....	22
Tabla 4. Consentimientos informados .....	24
Tabla 5. Firmas de las fases LVQ .....	28

## Lista de gráficas

	Pág.
Gráfico 1. Lista de verificación de seguridad de la cirugía OMS <b>¡Error! Marcador no definido.</b>	
Gráfico 2. Tipo de cirugía ..... <b>¡Error! Marcador no definido.</b>	
Gráfico 3. Día de la semana.....	23
Gráfico 4. Consentimientos informados .....	24
Gráfico 5. Marcación de la zona quirúrgica .....	25
Gráfico 6. Especialidad .....	24
Gráfico 7. Registro de ayuno.....	26
Gráfico 8. Registro de antecedentes .....	26
Gráfico 9. Firma de pausa quirúrgica .....	27
Gráfico 10. Antibiótico profiláctico .....	27
Gráfico 11. Cumplimiento de diligenciamiento de LVQ .....	28

## 1. FORMULACION DEL PROBLEMA

### 1.1. Planteamiento del problema

El principio de '*primum non nocere*', "lo primero es, **no hacer daño**", se trata de una máxima aplicada en el campo de ciencias en salud, atribuida al médico griego **Hipócrates**, es parte de un componente básico dentro del marco del cuidado del paciente, y demuestra que ha existido una preocupación por la seguridad del paciente desde tiempos antiguos. La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o mitigar sus consecuencias. (1)

Un estudio realizado durante octubre del 2007 y septiembre del 2008 en donde participaron diversos hospitales de ocho ciudades de todo el mundo recolectó pacientes que representaban diversas situaciones económicas y diversidad étnica y los agrupó en el programa *Safe Surgery Saves Lives program* de la **Organización Mundial de la Salud (OMS)**.(2) Dicho estudio logró demostrar que el uso de una simple *lista de verificación quirúrgica* (LVQ) -elaborada por la **(OMS)**- durante las operaciones de cirugía mayor permite reducir en un tercio la incidencia de muertes y complicaciones postoperatorias,(3) además de aumentar el trabajo en equipo y la comunicación dentro del grupo interdisciplinario en el área quirúrgica.

La cirugía es un componente primordial de la asistencia sanitaria. Se calcula que cada año se realizan 234 millones de operaciones de cirugía mayor en el mundo. Se han registrado complicaciones importantes en 3% al 16% de los procedimientos quirúrgicos que requieren ingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0,4%-0,8% aproximadamente en países industrializados(4). Sin embargo, en los estudios realizados en países en desarrollo se señala una mortalidad del 5%-10% en operaciones de cirugía mayor. Está ampliamente reconocido en todo el mundo, el problema de la seguridad quirúrgica. Por lo tanto, la promoción de un enfoque sistemático de la seguridad de la cirugía podría salvar la vida de millones de personas(4)

Por esta razón, la lista de chequeo en cirugía es un método fundamental para mejorar el proceso del cuidado y seguridad de los pacientes dentro de las áreas quirúrgicas de las instituciones de salud. Sin embargo, las experiencias relacionadas con la adopción de las listas ha mostrado muchos errores en su uso, por ejemplo: Pobre adherencia, presentación de listas de chequeo incompletas, ausencia de empoderamiento del grupo interdisciplinario, la realización de las mismas, pero sin comunicación dentro del equipo, así como la resistencia de los profesionales a adquirir la responsabilidad de su uso, entre otras.(5)

Es responsabilidad de cada establecimiento de salud que realice procedimientos invasivos, proveer seguridad al paciente. Se trata, además, de una política mundial, de una política interna para el cuidado de la salud de los usuarios; respondiendo a esto, los centros de salud han diseñado listas de chequeo propias, guiándose por los lineamientos de la OMS incluyendo el estudio de indicadores y reporte de eventos adversos que se presenten durante la realización de procesos quirúrgicos.

La razón principal del estudio, es examinar la relación del adecuado diligenciamiento de la LVQ y la proporción de eventos adversos presentados en la institución durante el año; se desea valorar la calidad del trabajo del personal quien realiza la lista, teniendo en cuenta que en la ciudad de Bucaramanga y en la institución, no se han realizado estudios similares, por lo cual, vemos pertinente, la realización de un análisis completo de las circunstancias que acontecen dentro del centro hospitalario, dado que en el país, existen otros estudios en instituciones afines, que aunque son pocos, se evidencia el beneficio que tiene la evaluación del diligenciamiento de las LVQ, ayudando a las instituciones donde se han ejecutado, a orientar e identificar la situación de la seguridad del paciente en los escenarios quirúrgicos a través del diligenciamiento apropiado de las LVQ.

## **1.2. Justificación.**

Los documentos que incluyen la historia clínica que complementa la lista de verificación quirúrgica en la institución, constituyen la LVQ más los consentimientos informados pertenecientes las especialidades clínicas operadoras del durante el procedimiento. La realización de este estudio se basa en la necesidad de obtener un diagnóstico de las circunstancias actuales sobre el diligenciamiento de la LVQ dentro la IPS de alta complejidad ubicada en área metropolitana de Bucaramanga, en el departamento de Santander, que será sujeto de observación. Realizaremos la medición del diligenciamiento de la LVQ y la existencia de consentimientos informados de anestesia y cirugía, que integran la historia clínica perteneciente al área quirúrgica, ya que se considera un aporte académico importante, atribuida a este trabajo, dentro de la institución se evidencia un gran interés por parte de directivos y coordinadores del área quirúrgica, quienes han acogido con gran simpatía el estudio; estos ven un gran beneficio la identificación errores durante la atención de los usuarios, ya que según indicadores del año 2017 se reportaron 18 eventos adversos prevenibles mediante el correcto diligenciamiento de la LVQ.

Este estudio proveerá información valiosa a la institución, pues no se encuentran estadísticas disponibles dentro del centro de salud, sobre el uso de la LVQ y los consentimientos informados, estos, admiten que es necesario realizar evaluación del uso de las herramientas que ayudan a prevenir

incidentes y eventos adversos. Mediante el análisis de la situación, se conocerán virtudes y falencias en este proceso, se entregarán resultados y estrategias que favorezcan el incremento en los estándares de calidad, satisfacción del usuario, percepción de seguridad, mejora de los procesos de atención en salud y seguridad del paciente en el servicio de cirugía.

Si bien se han realizado estudios en el país, en otros hospitales, en donde se ha demostrado los resultados de la utilización de la LVQ, como en el Hospital General de Medellín (HGM), liderado por la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE), entre febrero y marzo de 2011, quienes realizaron una evaluación de la aplicación de la LVQ a través de la perspectiva del paciente. (6) Los resultados obtenidos fueron satisfactorios, siendo estos acordes con los hallazgos de otros investigadores en diversas partes del mundo, relacionados con los beneficios del uso de la lista de verificación en cirugía y la reducción de eventos adversos. (6)

### **1.3. Pregunta de investigación**

¿Cuál es el porcentaje de cumplimiento del correcto diligenciamiento de la lista de verificación quirúrgica en una institución prestadora de servicio de salud de alta complejidad en el departamento de Santander en el segundo semestre 2018?

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Marco Histórico**

La mortalidad debido a errores médicos prevenibles ocupa el quinto lugar entre las causas de muerte en el mundo, y es un problema que aumenta el costo de los servicios de salud. El costo anual de los errores médicos en los Estados Unidos fue de 19,5 millones de dólares en 2008.(7) El Estudio de Práctica Médica de Harvard establece que el costo de los errores médicos en la ciudad de Nueva York fue de casi 3,8 millones de dólares. Un estudio de Andel et al. Informó que el costo de los errores médicos en Utah y Colorado fue de 662 millones de dólares en 1996, de los cuales 308 millones de dólares se asociaron con errores médicos prevenibles.(8) Además, se conoce que los errores médicos prolongan las estadías en el hospital por un promedio de 4.6 días.(7) Con el crecimiento poblacional, el rol de la cirugía ha ganado significado, incluso con los diferentes momentos socio-económicos de cada país, se calculan que se realizan en el mundo 234 millones de cirugías, quiere decir que se hace 1 cirugía por cada 25 personas en el mundo, que corresponde aproximadamente a 63 millones de personas que se someten a procedimientos quirúrgicos. Recientemente se estima que 11% de las enfermedades en el mundo pueden ser tratadas mediante cirugías, este total se compone de lesiones traumáticas en un (38%), tumores (19%), anomalías congénitas (9%), complicaciones durante el embarazo (6%) nacimientos (4%) y Faquectomias (5%).(8)

Nuevos y modernos centros de atención médica han sido inaugurados en el país, con capacidades asistenciales grandes, además de unidades especializadas. Esto representa un reto en la optimización de procesos de atención en salud para en el entorno clínico y quirúrgico; es en este último aspecto donde se hace indispensable observar, estudiar y optimizar el quehacer profesional, por la responsabilidad que conlleva el ser garantes de la seguridad del paciente.

Uno de los primeros estudios realizado por la Asociación Americana de Cirujanos Ortopedistas (AAOS) y publicado en 1984, evidenció la necesidad de establecer estrategias para mejorar la seguridad del paciente en cirugía. Mediante los resultados de un estudio que quiso saber cuántas cirugías se realizaban en el lugar incorrecto(8), En 1999 una encuesta por correo realizada a cirujanos de mano arrojó que un 21% de los cirujanos acepto haber realizado cirugías en el lugar incorrecto al menos una vez durante su carrera. La incidencia estimada de la cirugía en el lugar incorrecto fue de 1 por cada 27.686 casos en procedimientos de mano. Un análisis de los datos de 22 aseguradoras médicas, representaron 110.000 médicos, de los cuales 331 procesos legales fueron por cirugías en el lugar incorrecto durante 10 años. La *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*,

también realizó un análisis de 126 casos que les fueron reportados. La cirugía en el paciente incorrecto ocurrió en el 13% de los casos, hacer el procedimiento incorrecto ocurrió en un 11%, y hacer el procedimiento en una parte incorrecta del cuerpo en un 76%.(10) Posiblemente, los factores de riesgo son la realización de cirugía de tipo emergencia, retraso en los procedimientos quirúrgicos, presiones para iniciar o finalizar rápidamente las cirugías y que haya múltiples cirujanos y procedimientos en una misma visita al quirófano(10), sumado a que en esta época no se encontraban estrategias, mundialmente divulgadas para disminuir los riesgos errores durante cirugías.

En el 2000 la publicación “Errar es humano: creando un sistema de salud seguro” del Instituto de Medicina (IOM), sensibilizó al público, medios de comunicación, políticos y profesionales médicos, y consolidó el interés en este tema. De la misma forma logró romper el silencio con respecto al error médico y sus consecuencias.(11)

En octubre de 2004 la Organización Mundial de la Salud (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, para lo que diseñó y recomienda poner en práctica la siguiente lista de verificación (figura 1). La Alianza promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención, y apoya a los estados miembros en la formulación de políticas y prácticas para ganar mayor seguridad en las intervenciones quirúrgicas a partir de las experiencias vividas en otras industrias, donde un error puede producir la muerte de muchas personas, como es el caso de la aeronáutica. Cada año la Alianza organiza programas que tratan aspectos sistémicos y técnicos para mejorar la seguridad de los pacientes en todo el mundo(4).

Grafico 1. Lista de verificación de seguridad de la cirugía OMS

**Lista de verificación de la seguridad de la cirugía** Organización Mundial de la Salud | Seguridad del Paciente

*Una lista de verificación para los procedimientos quirúrgicos*

**Antes de la inducción de la anestesia**  
(Con el enfermero y el anestésico, como mínimo)

- ¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?
- ¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?
- ¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?
- ¿Se ha colocado el pulsoximómetro al paciente y funciona?
- ¿Tiene el paciente...
  - ...Alergias conocidas?
  - ...Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?
  - ...Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?

**Antes de la incisión cutánea**  
(Con el enfermero, el anestésico y el cirujano)

- Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función
- Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento
- ¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?
- Previsión de eventos críticos
  - Cirujano:
    - ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados?
    - ¿Cuánto durará la operación?
    - ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?
  - Anestésico:
    - ¿Presenta el paciente algún problema específico?
  - Equipo de enfermería:
    - ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)?
    - ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?
  - ¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?

**Antes de que el paciente salga del quirófano**  
(Con el enfermero, el anestésico y el cirujano)

El enfermero confirma verbalmente:

- El nombre del procedimiento
- El recuento de instrumentos, gasas y agujas
- El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)
- Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos

Cirujano, anestésico y enfermero:

- ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?

Fuente: Organización Mundial De La Salud Seguridad del paciente.

## 2.2. Marco conceptual

Se define como cirugía segura a la protección del paciente en cuanto a un posible error médico o la minimización de los riesgos durante el cuidado y tratamiento que incluye el pre-operatorio, el intra-operatorio y el post-operatorio, además del tiempo de hospitalización que corresponde a post operatorio mediato o posterior a 24 horas de realizada la intervención.(7) Proveer una cirugía segura es labor de todo el equipo que tiene contacto con el paciente. Es un proceso que inicia desde su ingreso a la institución, avanza con la correcta identificación del paciente durante su proceso de traslado al área quirúrgica, mediante un correcto diligenciamiento de la historia clínica, toma de muestras de laboratorio, imágenes diagnósticas, oportuna determinación de la situación clínica del paciente, y como queremos demostrar en este estudio un atento llenado de lista de chequeo de cirugía.

Existe un modelo de gestión de riesgo propuesto por Dante Orlandella y James Reason de la Universidad de Mánchester, el cual ha alcanzado una gran acogida principalmente en la aviación, ingeniería y asistencia médica. En el modelo del “Queso Suizo” las defensas de una organización contra el fracaso se modelan como una serie de barreras, representadas como rebanadas de queso; los agujeros en las rebanadas simbolizan debilidades en partes individuales del sistema y están variando continuamente en tamaño y posición

a través de los cortes. El sistema produce fallas cuando un agujero en cada rebanada se alinea momentáneamente, lo que permite una trayectoria de oportunidad de accidente, de manera que un peligro pasa a través de los agujeros en todas las rebanadas, lo que conduce a fallas.(12) con este concepto se reafirma que en todos los servicios de alta complejidad como los servicios quirúrgicos, los procesos suponen un riesgo para las personas, por lo que se necesitan muchas capas defensivas interpuestas entre los riesgos y la aparición de daños, siendo así, la LVQ una de las capas para la prevención de eventos adversos que se puedan presentar durante la estancia hospitalaria. La LVQ divide la operación en tres fases: el periodo anterior a la inducción de la anestesia, el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica, y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano.

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.(13) Para la primera fase, la lista recorre aspectos generales como lo son, la firma del consentimiento informado, confirmación de la identificación del paciente, marcación de sitio operatorio, antecedentes médicos relevantes, como por ejemplo los alérgicos. En la segunda fase, es indispensable la presentación del equipo quirúrgico, la confirmación del procedimiento a realizar, definir la necesidad de profilaxis antibiótica y la presencia de imágenes diagnósticas, así como la previsión de eventos críticos. Para la última fase, se confirma el procedimiento realizado, el conteo de gasas e instrumental, el etiquetado de muestras biológicas en caso de haberse tomado, y cuáles son los aspectos críticos de la recuperación del paciente, como se muestra en la figura 1. (13)

Para cada una de las fases se tiene estipulado, la presencia obligatoria de anestesiólogo, enfermero y cirujano, no siendo obligatorio este último para la fase inicial.

Actualmente, existe una conciencia cada vez mayor de que las habilidades requeridas para lograr constantemente la seguridad en cirugía van mucho más allá del conocimiento y las destrezas técnicas del cirujano. El trabajo en equipo, definido en términos de «un conjunto de comportamientos, actuaciones, cogniciones y actitudes que facilitan el trabajo a realizar»(14) el trabajo en equipo es fundamental por la complejidad y las implicaciones éticas que conlleva este proceso, además que contribuye a la seguridad y la eficiencia de las operaciones, distribuyendo la responsabilidad de las acciones, dando orden a labores estrictamente asignadas para cada integrante del grupo.

El objetivo principal de la existencia de las LVQ, es disminuir la presentación de eventos adversos o incidentes, por lo cual se hace necesario desarrollar y fortalecer el conocimiento del personal quien desempeña esta labor, educando sobre la importancia de realizar de manera adecuada y completa las listas de verificación de cada paciente y de esta manera tener una información clara y verdadera de las condiciones del usuario a quien se realizara la intervención, promoviendo así, una comunicación asertiva entre todos los integrantes del equipo de salud responsable de ejecutar las actividades relacionadas con la atención del paciente. La lista de chequeo puede ser diligenciada por cualquier integrante del equipo interdisciplinar que sea partícipe del cuidado del paciente, siempre y cuando éste cuente con competencias apropiadas para realizar esta tarea, generando una cultura de prácticas seguras durante o el proceso pre, intra y postoperatorio.

### **2.3. Marco legal**

Las primeras menciones que se encuentran sobre el tema de seguridad del paciente están descritas en los fundamentos del SGSSS. El tema responsabilidad social está acuñado por el re direccionamiento de la ley 100 de 1993, de la visión de la salud ya no como un acto de beneficencia del Estado hacia el ciudadano consumidor, sino como un derecho inalienable de ese ciudadano. (15)

El Decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del *Sistema General de Seguridad Social en Salud*, título II, Artículo 3°. Donde se describen las Características del SOGCS. Las acciones que desarrolle el **SOGCS** se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados. Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el **SOGCS** deberá cumplir con características como la Seguridad siendo descrita como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.(1,16)

La política Nacional de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. Así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente(17,18), en el

cual se encuentra la guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”: mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos y tienen como objetivo Desarrollar y fortalecer el conocimiento técnico y administrativo, además de competencias y habilidades para la ejecución de prácticas seguras (barreras y defensas) por parte del personal de salud responsable de ejecutar las actividades relacionadas con la atención del paciente en todo el proceso pre, intra y postoperatorio, para disminuir la presentación de eventos adversos o incidentes.(18)

Además, la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE) ha apoyado decididamente la campaña «Cirugía segura salva vidas» desde su lanzamiento en el país, adecuando la lista de chequeo y promoviendo su aplicación en todos los procedimientos quirúrgicos que se realizan, acompañando al Ministerio de la Protección Social (MPS) y a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en ese empeño.(6)

En octubre de 2004 la Organización Mundial de la Salud (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.(4)

El objetivo principal de la Alianza es promover la sensibilización y el compromiso político en pro del mejoramiento de la seguridad en la atención, e incentivar la formulación de políticas y prácticas seguras para el paciente mediante programas que tratan aspectos sistémicos y técnicos para mitigar el riesgo en las cirugías programadas. De lo anterior ha surgido una serie de conceptos encaminados al entendimiento y a la comprensión del problema y a promover en los sistemas de salud de diferentes países del mundo entero el fortalecimiento de la práctica médica para hacerla más segura (7).

Simultáneamente, los organismos internacionales multilaterales han puesto el problema de seguridad de la atención en salud en el tope de sus prioridades, para promover efectivamente la salud y la calidad de vida de la población (7).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo general**

Evaluar el cumplimiento del diligenciamiento de la LVQ en una institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad durante el segundo semestre 2018.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- Establecer el porcentaje de cumplimiento de la LVQ en la institución objeto de estudio.
- Determinar en qué momento del diligenciamiento de la LVQ se presenta más incumplimiento
- Plantear propuestas iniciales y básicas para optimizar el diligenciamiento y así mejorar el programa de seguridad del paciente quirúrgico.

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1. Enfoque Metodológico**

Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo mediante la evaluación de las historias clínicas de los usuarios sometidos a cirugías en el segundo semestre 2018, donde se evaluarán un total de 215 historias clínicas, dentro de una IPS de alta complejidad del Área Metropolitana de Bucaramanga, en el servicio de cirugía.

### **4.2. Tipo de Estudio**

Observacional, descriptivo de corte transversal.

### **4.3. Población Objeto y Muestra:**

Teniendo en cuenta las historias clínicas de los pacientes llevados a intervenciones quirúrgicas electivas y urgentes en una IPS de alta complejidad del Área Metropolitana de Bucaramanga, en el segundo semestre de 2018, se revisaron aquellas que incluían la lista de verificación quirúrgica con los respectivos consentimientos informados de anestesiología y cirugía correspondiente, y a partir de ello, se tomaron aleatoriamente 215 historias clínicas, las cuales reposan en el archivo clínico de la institución en cuestión.

#### **4.6.1. Criterios de inclusión**

Procedimientos quirúrgicos, tanto ambulatorios como de urgencia, de cualquier especialidad, realizados en las siete salas de cirugía de un centro médico de alta complejidad, durante el segundo semestre del 2018.

#### **4.6.2. Criterios de exclusión**

Se excluyeron aquellas listas de verificación quirúrgica de las historias clínicas de pacientes NN cuyas historias clínicas no se diligencian al momento del ingreso a quirófanos.

### **4.4. Selección y tamaño de la muestra**

El cálculo del tamaño de muestra se realizó mediante el uso de la calculadora Epidat(19); se tuvo en cuenta un aproximado de 2147 historias clínicas de pacientes sometidos a cirugía, durante el tiempo de ejecución ya descrito, con intervalo de confianza del 99% y una proporción esperada del 10% y una precisión del 5% obteniéndose un total de 215 historias clínicas. La selección de éstas 215 historias clínicas, se realizará al azar, teniendo en cuenta la base de datos de la institución.

## Descripción de Variables

Tabla 1. Descripción de variables

Variable	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categorías y valores
Edad	Edad del paciente	Cuantitativa	Interválica	Años	0-15 años 16-30 años 31-45 años 46-50 años 51-65 años 66-80 años Mayor de 81 años
Género	Sexo del paciente	Cualitativa	Nominal		- Masculino Femenino
Tipo de cirugía	Clasificación del procedimiento	cualitativa	nominal		1.Programada 2.Urgencia
Día	Día de la semana en que se realiza la Cirugía	Cualitativa	Ordinal	-	1.Lunes 2.Martes 3.Miercoles 4.Jueves 5.Viernes 6.Sábado 7.Domingo
Consentimiento informado anestesia	Presencia del consentimiento diligenciado y firmado.	Cualitativa	Nominal		1. cumple 2. No cumple
Marcación de zona quirúrgica	Se realizó marcación del sitio quirúrgico	Cualitativa	Nominal		1. Si 2. No
Especialidad quirúrgica	Ramas de la cirugía	Cualitativa	Nominal		1.Urología 2.Gineco – obstetricia 3.CirugiaGeneral 4.Ortopedia 5.Otros
Antecedentes	Registro de antecedentes del paciente	Cualitativa	Nominal	-	1.SI 2. NO
Ayuno	Tiempo exacto de última ingesta de alimentos	Cualitativa	Nominal	-	1.Si ayunó 2. No ayunó
Consentimiento	Registro de aceptación de procedimientos	Cualitativa	Nominal		1.Cumple 2.No cumple

Imágenes diagnósticas	Existencia de imágenes de soporte previas	Cualitativa	Nominal	-	1.Registra 2.No registra
Firma de la pausa quirúrgica	Confirmación de asistencia durante la fase de la LVQ realizada.	Cualitativa	Nominal		1.Si 2.No
Antibiótico profiláctico	Medicamentos profilácticos utilizados para prevención de infecciones previo al procedimiento quirúrgico	Cualitativa	Nominal	-	1. Si 2. No
Firma fases de LVQ	Existencia de firmas de profesionales en las fases descritas en la LVQ	Cualitativa	Nominal	-	1.Firma cirujano 2.Firma Enfermería 3.Firma instrumentadora 4. Firma anestesiólogo
Diligenciamiento	Estado final de la LVQ	cualitativo	Nominal	-	1.Completo 2. Incompleto

*Fuente: Autores*

#### **4.5. Técnicas de recolección**

Se seleccionaron historias clínicas correspondientes al segundo semestre de 2018, tomando en cuenta los criterios de selección y exclusión, mediante la escogencia aleatorizada de 215 historias clínicas; la recolección de los datos se realizó por parte del investigador principal con previa autorización de la institución sin incluirse datos sensibles de identificación individual y personal de los pacientes (y sus datos clínicos), y se organizaron formalmente los datos en instrumento de recolección de datos (Anexo1) donde se incluyeron los ítems cardinales de las listas de verificación quirúrgica, haciendo revisión de las variables ya descritas, se observaron los 215 instrumentos recolectados recopilándolos en la base de datos Excel, donde transformaron en los resultados.

#### **4.6.3. Fuentes**

Fuentes primarias de recolección de datos, se realizó análisis de datos encontrados en las historias clínicas propias del área de cirugía de la institución participante del estudio.

#### **4.6.4. Instrumentos**

La recolección de datos se hizo mediante una tabla elaborada a conveniencia de los autores, realizada en formato digital Microsoft Word que cuenta con las variables

descritas, con posibilidad de selección de cumple o no cumple según cumplimiento de la lista de chequeo quirúrgica.

Las variables específicas expuestas en este instrumento de recolección corresponde al Diligenciamiento total o parcial de la LVQ que contiene la edad de los pacientes incluidos en el tamaño muestral, Día de la semana y turno en el que se diligencia la lista, presencia de consentimientos informados, especialidad tratante y procedimiento quirúrgico realizado, registro de los antecedentes del usuario, imágenes diagnósticas, el cumplimiento del ayuno y firma de los integrantes del equipo en todas las fases de la LVQ que realizan los trabajadores de la salud a los usuarios de asisten a la institución seleccionada para estudio.

La base de datos se trata una Herramienta electrónica donde se evaluó el cumplimiento de los ítems de la lista.

#### **4.6. Prueba piloto**

Se realizó una prueba piloto con 6 Historias clínicas escogidas al azar, durante un fin de semana del mes de junio, estas historias no se encuentran representadas en la muestra.

Se evaluó el diligenciamiento de la LVQ con el instrumento, las variables a considerar.

También se logró despejar dudas sobre algunos de los ítems que se incluyen en la lista de verificación y se realizaron los cambios pertinentes para facilitar el diligenciamiento del instrumento (anexo1), también durante el diligenciamiento de los antecedentes en muchas de las historias se evidencia una línea diagonal, lo cual significa por acuerdo institucional, que el paciente no registra antecedentes clínicos, por lo cual, ante estos hallazgos no se tomara como incumplimientos, sino como inexistencia de antecedentes en los pacientes.

Con estas correcciones, el aval respectivo de los líderes de la institución y los comités encargados de regular los proyectos investigativos realizados en la clínica, se iniciará la recolección de la muestra propuesta para el estudio.

**4.6.5. Resultados de la prueba piloto.** Se encontró durante la realización de la prueba piloto que:

- Ninguna de las historias clínicas se encuentra diligenciada en su totalidad
- 16,66% (1) de las LVQ no contenía consentimientos informados de anestesia y cirugía.

- El 66,6% (4) de las LVQ tenía correctamente diligenciado y firmada la fase previa a la incisión, lo cual corresponde a Anestesiología, Cirugía e Instrumentación quirúrgica.
- No se encontró el consentimiento informado de cirugía y anestesiología en 16,66% (1) de las listas de verificación revisadas.

Se pudo observar durante el desarrollo de la prueba piloto que la lista de verificación quirúrgica institucional, no está representado el espacio para la descripción de antecedentes quirúrgicos, los cuales son muy importantes dentro del contexto perioperatorio de los pacientes. Adicionalmente, no se dispone del espacio correspondiente para el registro de los antecedentes obstétricos.

#### **4.7. Control de sesgos**

Para evitar errores de muestreo en la definición de la población, se tomaron en cuenta solo historias clínicas de pacientes que se realizaron procedimientos quirúrgicos de tipo programado o urgente de todas las especialidades disponibles en la institución, sin discriminar, edad, sexo, fecha u hora de las intervenciones.

Se excluyeron aquellas historias clínicas de pacientes que se hayan trasladado a la unidad de cuidados intensivos y/o fallecidos, cuya historia clínica es depositada en una unidad de archivo diferente a la del área quirúrgica; también HC de Emergencias vitales, con pacientes NN cuyas historias clínicas no se diligencian al momento del ingreso a quirófanos.

El sesgo de selección se eliminó mediante la aleatorización de la muestra tomada del total del universo poblacional objeto del presente estudio, como se describe en el apartado “Procesamiento de Datos”.

Los errores derivados de la recolección de los datos, se evitaron mediante la estandarización del diligenciamiento del instrumento, como se describe anteriormente.

#### **4.8. Técnicas de procesamiento de la información y análisis de los resultados**

Las listas de verificación quirúrgicas, se digitaron en formato Excel y posteriormente, se revisó la consistencia interna de los datos a través de la revisión individual y revisión cruzada por un par académico. Luego del chequeo de consistencia de los datos, se considera la base de datos como final y se preservará en medio magnético por duplicado. Posterior a la finalización de la base de datos, se hizo un análisis descriptivo de la distribución de frecuencias, con modelo univariado.

#### **4.9. Plan de divulgación**

Se presentó un informe de los resultados a los coordinadores del servicio de cirugía para exponer los resultados del análisis de datos.

Posteriormente, se llevó a cabo una divulgación de datos con el personal asistencial de área durante grupo primario, de conformidad a lo acordado con los coordinadores del servicio evaluado.

#### **4.10. Consideraciones Éticas**

Según la resolución número 8430 de 1993, artículo 11, el presente trabajo se clasifica como investigación sin riesgo;(20) se lleva a cabo un estudio sobre historias clínicas. Los documentos facilitados por la institución son usados solo por los participantes del proyecto investigativo, estos documentos y sus equivalentes se analizarán siempre pensando en el bienestar y la confidencialidad del sujeto de investigación, dentro de la misma institución y se tendrá como pilar, el principio de confidencialidad reseñado en el Artículo 15 de la resolución 8430 de 1993 por el cual se exige confidencialidad con el trato de datos de los estudios realizado en seres humanos.

Este estudio se realizó bajo total secreto profesional de lo encontrado en las historias clínicas, sin nombrar en ningún momento al paciente y/o el profesional evaluado en cada historia clínica, No se revelarán datos que puedan afectar a ninguna de las partes involucradas; esto, se rige bajo la Ley HABEAS DATA que consta en el artículo 15 de la Constitución Política de 1991: - Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar. De igual modo, tienen derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en los bancos de datos y en archivos de entidades públicas y privadas-(20,21)

## 5. RESULTADOS

Los datos fueron registrados en los formatos de recolección diseñados y posteriormente fueron digitados en la Base de Datos en Excel, con doble revisión realizada por los integrantes del equipo de desarrollo del proyecto, Posterior a la recolección de la muestra calculada con un total de 215 historias clínicas correspondientes al segundo semestre del presente año, seleccionadas de forma aleatoria. Se realizó revisión de las historias clínicas incluidas en la muestra de manera objetiva y se hizo análisis univariado.

### 5.1. Características de la Población:

La edad promedio de los pacientes fue 53.5 años, con respecto al género de la población se recolectaron historias correspondiendo un 67% al sexo femenino y el 33% al sexo masculino. (Ver Tabla 1 y 2).

**Tabla 2.** Características Generales de la Población: Edad. IPS de alta complejidad Floridablanca, Santander 2018

Datos de la población	
Edad	% (n)
0-15 años	8,38% (18)
16-30 años	26,04% (56)
31-45 años	22,33% (48)
46-50 años	2,8% (6)
51-65 años	21,8% (47)
66-80 años	14% (30)
> de 81 años	4,65% (10)

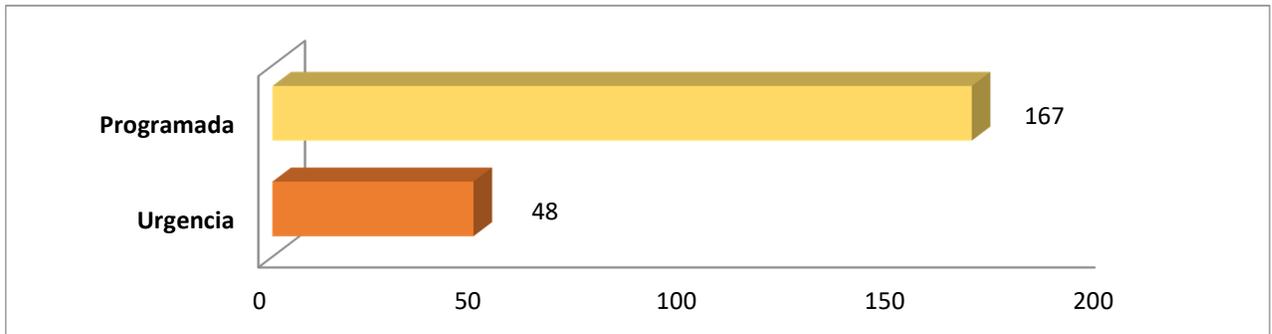
**Tabla 3.** Características Generales de la Población: Género. IPS de alta complejidad, Floridablanca, Santander 2018

Datos de la población		
Género	N	Porcentaje
Masculino	145	67%
Femenino	70	33%

*Fuente: Autores*

Con respecto a los al tipo de cirugía las historias clínicas de dividen en 2 grupos cirugías que se realizadas de modo urgente 22,32% (n:48) y procedimientos programados 77,67%(n:167), como se muestra en el Gráfico 2.

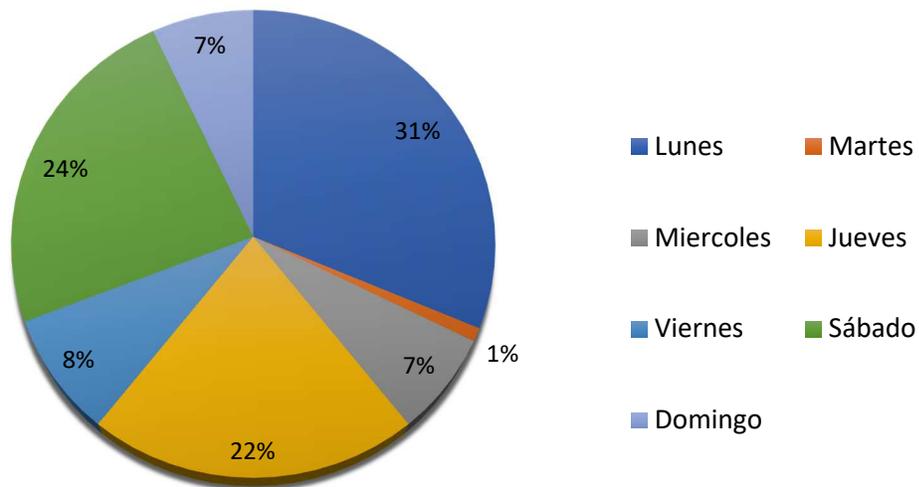
**Gráfico 2.** Distribución porcentual tipo de cirugía, IPS de alta complejidad. Floridablanca, Santander 2018



Fuente: Autores

Las historias clínicas seleccionadas para revisión fueron de diferentes días de la semana, en el Gráfico 3 se observa el porcentaje del total de historias que se obtuvieron en la muestra.

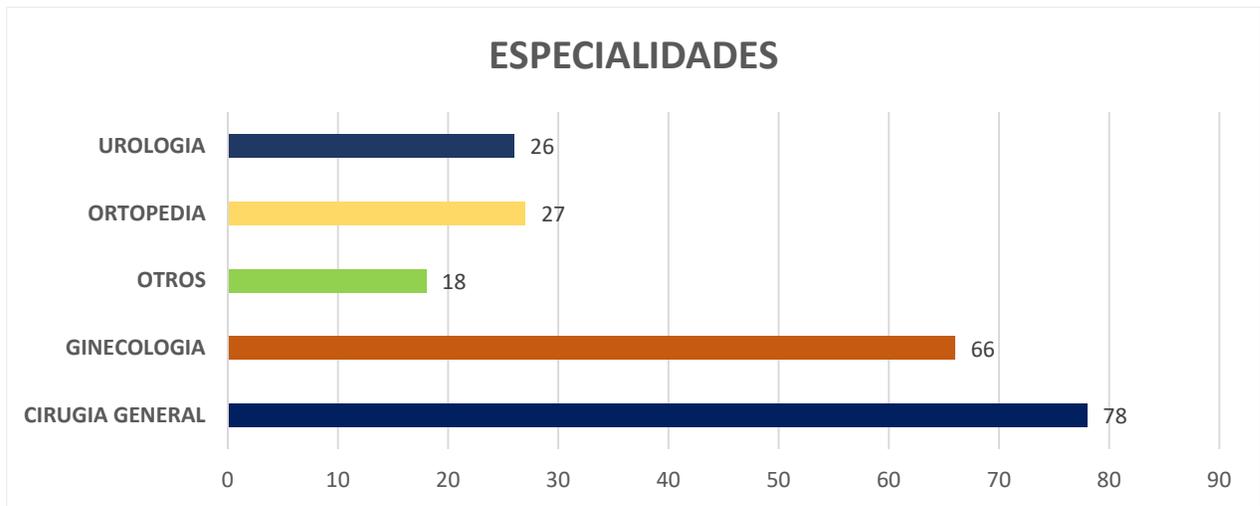
Gráfico 2. Día de la semana, IPS de alta complejidad. Floridablanca, Santander 2018



Fuente: Autores

En el Gráfico 4 se muestra la cantidad de historias clínicas que pertenecían a cada especialidad.

**Gráfico 4.** Especialidades, IPS de alta complejidad. Floridablanca, Santander 2018



## 5.2. Variables de cumplimiento de Historias clínicas completas.

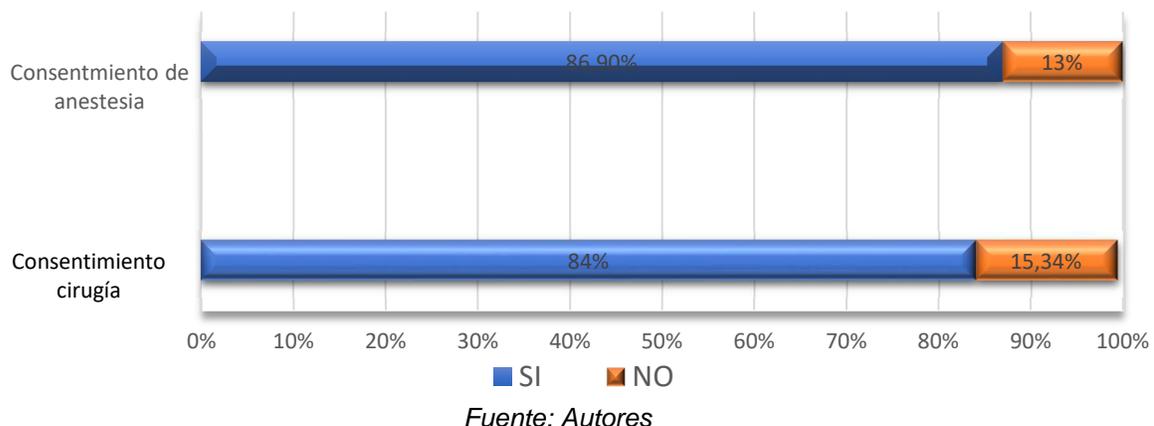
En relación a los consentimientos que se encuentran dentro de la historia clínica de los pacientes que ingresan al área quirúrgica para la realización de procedimientos, se encontró que el 86,97% de las historias clínicas, cumplen con la exigencia del consentimiento de anestesia y con respecto a los consentimientos de cirugía se cumple en un 84%. (ver Tabla 4 y Gráfico 5)

**Tabla 4.** Consentimientos informados, IPS de alta complejidad, Floridablanca, Santander 2018

CONSENTIMIENTO CIRUJANO		CONSENTIMIENTO ANESTESIA	
Cumple	No cumple	Cumple	No cumple
84,65% (n:182)	15,35% (n:33)	86,97 % (n:187)	13,03 (n:28)

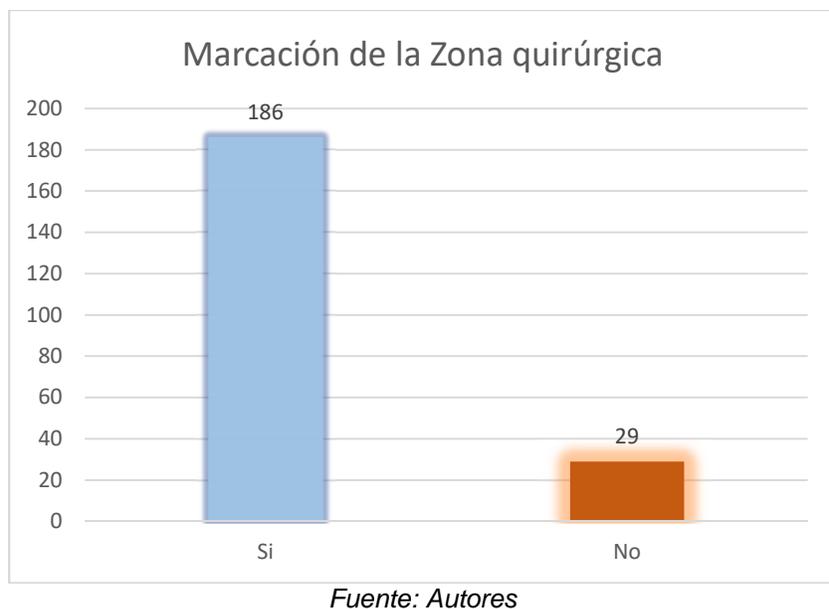
*Fuente: Autores*

**Gráfico 5.** Consentimientos informados, IPS de alta complejidad. Floridablanca, Santander 2018



En el Gráfico 6 expone el porcentaje de diligenciamiento de la variable "Marcación de la zona quirúrgica", encontrándose que el 86,5% (n: 186) cumplía con el registro de la marcación del área quirúrgica, sin embargo, el 13,5% (n:29) no realiza el registro en el ítem.

**Gráfico 6.** Marcación de la zona quirúrgica, IPS de alta complejidad. Florida Blanca, Santander 2018



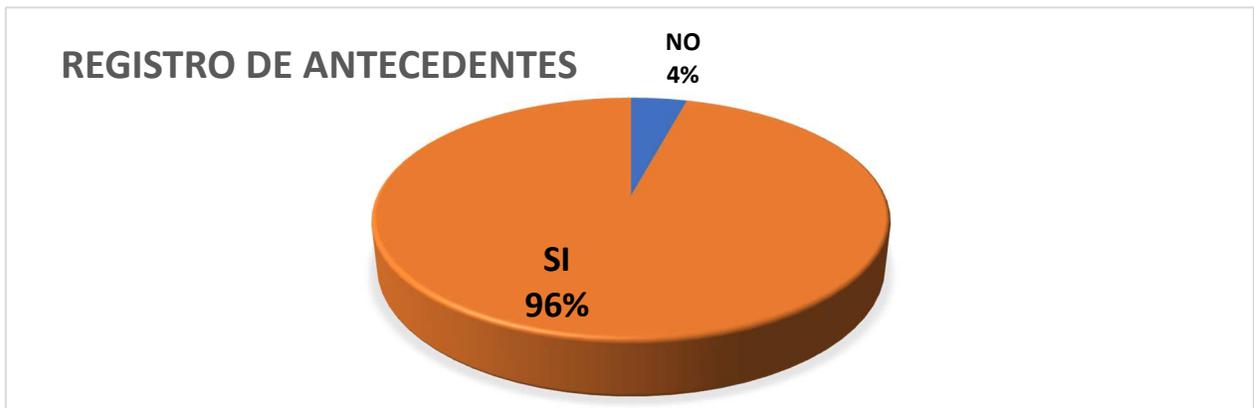
Dentro del estudio se tuvo en cuenta variables que son predictores de riesgos quirúrgicos. La proporción de registro de ayuno, antecedentes y firma de pausa Quirúrgica se expone en las Gráficas 7, 8 y 9. El cumplimiento del registro de información sobre el ayuno, mostro una baja proporción de no diligenciamiento del ítem.

**Gráfico 3.** Registro de ayuno, IPS de alta complejidad. Floridablanca, Santander 2018



*Fuente: Autores*

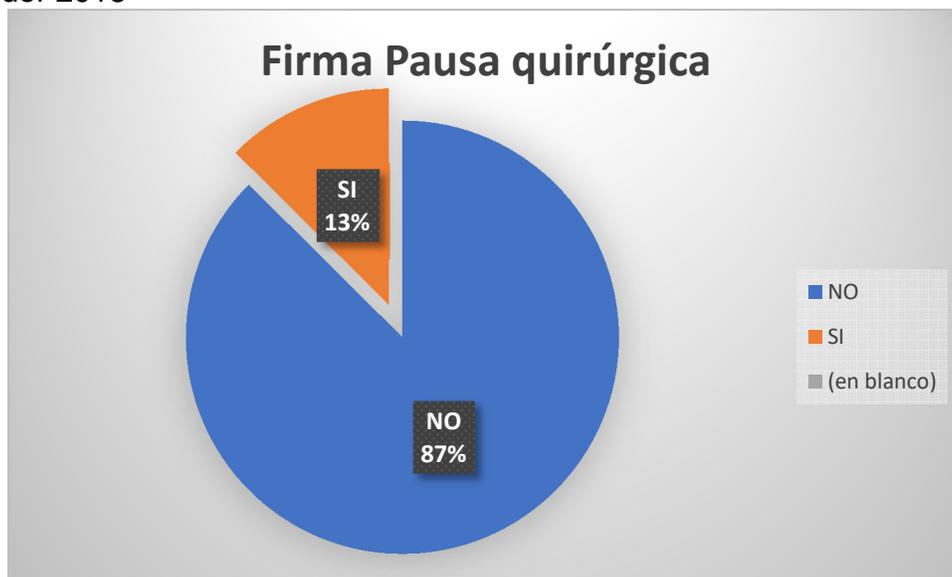
**Gráfico 4.** Registro de antecedentes, IPS de alta complejidad. Floridablanca, Santander 2018



*Fuente: Autores*

La firma de la pausa quirúrgica representa un ítem importante, pues muestra el registro del momento de verificación de datos del paciente y de asegurar que todos los materiales e insumos, además del personal se encuentran preparados para realizar los procedimientos a los que se someterán los usuarios de las salas de cirugía. En la revisión de las historias clínicas se encontró que en un 87% de los casos no se realiza registro de pausa quirúrgica. (ver Gráfico 9)

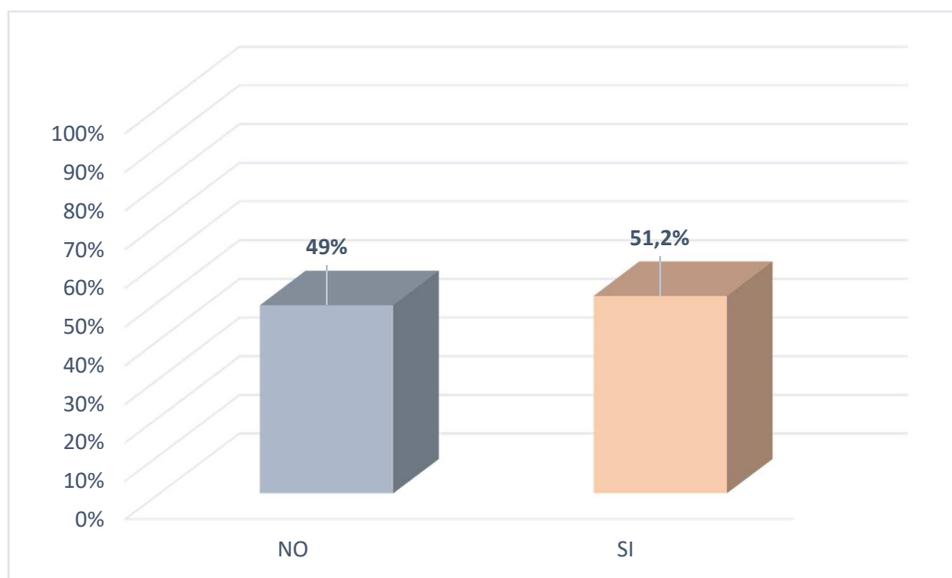
**Gráfico 5.** Firma de pausa quirúrgica, IPS de alta complejidad. Floridablanca, Santander 2018



Fuente: Autores

Los datos de registro antibiótico profiláctico (Gráfico 10) demuestra que en un 51,2%(n:110) de los casos si se efectúa el diligenciamiento del ítem y en el 49%(n:105) No.

**Gráfico 6.** Antibiótico profiláctico, IPS de alta complejidad. Floridablanca, Santander 2018



Fuente: Autores

La variable de las firmas correspondientes a los diferentes momentos que cumple cada profesional de salud para informar al resto del equipo que se encuentra preparado para la siguiente fase o que el paciente puede ser trasladado a otra área dentro del servicio de cirugía se dividieron de la siguiente manera: Firma de enfermería (en transferencia previo al traslado a salas), firma del cirujano (previo a la incisión), firma del anestesiólogo (previo a la incisión), firma de la instrumentadora (posterior a la cirugía), firma de enfermería (entrada a UCPA, UCI o área blanca). En la Tabla 5 se muestran los resultados referentes a esta revisión.

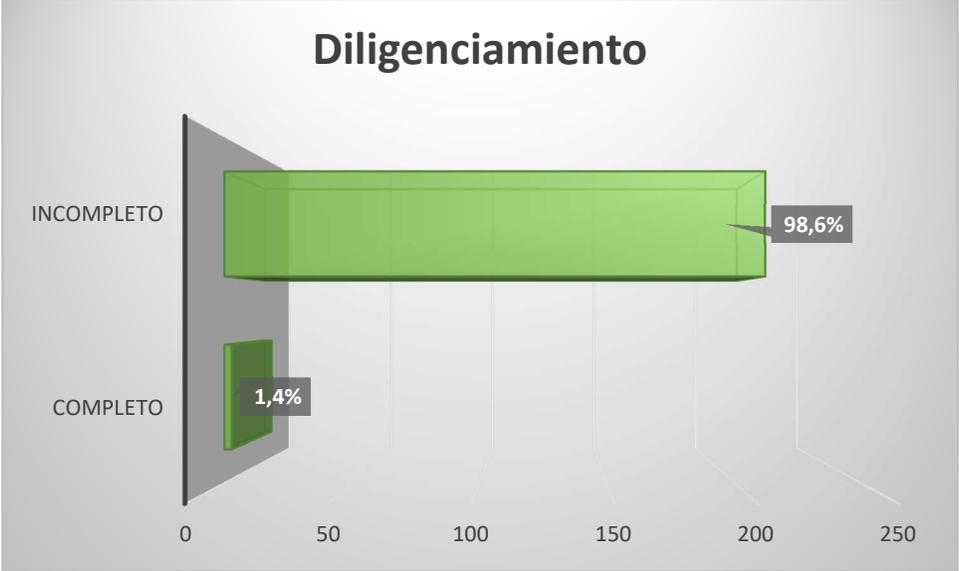
Tabla 5. Firmas de las fases LVQ, IPS de alta complejidad  
Floridablanca, Santander 2018

<b>FIRMAS POR PROFESIONAL</b>	<b>SI %(n)</b>	<b>NO %(n)</b>
Firma en transferencia (Enfermería)	93,5% (191)	6,5% (14)
Firma cirujano	73,5% (158)	26,5% (57)
Firma Anestesiólogo	88,4% (190)	11,6% (25)
Firma Instrumentadora	90,23%(194)	9,77% (21)
Firma En Unidad de cuidados post anestésicos, UCI o área blanca.(Enfermería)	73,5% (158)	26,5% (57)

*Fuente: Autores*

Finalmente, como propósito principal del proyecto se realizó un análisis detallado del diligenciamiento completo de las historias clínicas que se incluyeron en la muestra, en donde se halló que 3 historias que corresponden al 1,4% fueron diligenciadas en su totalidad y 98,6% (212) historias tenían ítems sin llenar por parte del equipo quirúrgico. (ver Gráfico 11)

**Gráfico 7.** Cumplimiento de diligenciamiento de LVQ, IPS de alta complejidad  
Floridablanca, Santander 2018



*Fuente: Autores*

## 6. CONCLUSIONES

- Se evaluó el cumplimiento del diligenciamiento de las LVQ encontrándose que en su mayoría (98,6%) las historias clínicas de los pacientes que ingresan al área quirúrgica no se encontraban completas y/o no cumplían con las exigencias solicitadas por la OMS y otras que la institución estudiada solicita como obligatorias dentro de la historia clínica. (gráfico 11)
- Se pudo determinar que el momento del diligenciamiento de la LVQ que presenta más incumplimiento, es la fase previa a la incisión, se observó que los profesionales que no realizan el proceso de firma de preparación previo a la incisión en mayor proporción son los cirujanos, con un 36% de incumplimiento, correspondiente un total de 57 faltas y 158 procedimientos incluidos dentro de la muestra, seguido de enfermería durante el post operatorio, que presenta fallas en un 36% de sus registros.
- De las especialidades que más infringen las normas de firma de las fases de la LVQ son cirugía general con un 32% y gineco-obstetricia con 20% (y otras especialidades que incluyen, hemato-oncología y neurocirugía con un 40%.
- La firma de cumplimiento de pausa quirúrgica se encuentra ausente en la mayoría de las historias clínicas (87%). Queda en duda la realización de este paso dentro del área, previo al inicio del procedimiento, ya que confiere una responsabilidad del centro hospitalario velar por seguridad de los pacientes.

## **7. RECOMEDACIONES**

- Es pertinente realizar actualización documental a la LVQ, y ajustarla a la practicidad y necesidades del servicio de cirugía de la IPS, se recomienda agregar a la LVQ un espacio para la descripción de antecedentes quirúrgicos, los cuales son muy importantes dentro del contexto perioperatorio de los pacientes, también es recomendable, adicionar ítem de registro de antecedentes obstétricos.
- Se recomienda medir adherencia a los protocolos establecidos por la institución y fomentar el diligenciamiento de los registros necesarios dentro de la política de seguridad del paciente.

## **8. PLAN DE DIVULGACIÓN DE DATOS**

El presente proyecto de investigación será enviado a la biblioteca de la Universidad Autónoma de Bucaramanga – UNAB, para su disposición según reglamentación y uso por parte de la comunidad académica y científica, según conveniencia.

Se dan a conocer los datos resultantes de este estudio a los directivos y coordinadores de la institución, con el ánimo de dar a conocer la situación actual del cumplimiento del registro de información dentro de la historia clínica.

Por otra parte, se estimula a la comunidad considerar la evaluación constante de cumplimiento de normas institucionales e internacionales sobre la seguridad del paciente en los escenarios quirúrgicos.

## REFERENCIAS

1. Organización Panamericana De La Salud. Calidad y Seguridad del Paciente [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. [citado 29 de enero de 2018]. Disponible en: [http://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=125:calidad-y-seguridad-del-paciente&Itemid=0](http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=125:calidad-y-seguridad-del-paciente&Itemid=0)
2. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat A-HS, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 29 de enero de 2009;360(5):491-9.
3. OMS | Una lista de verificación de la seguridad quirúrgica reduce en una tercera parte el número de muertes y complicaciones asociadas a cirugía [Internet]. WHO. [citado 29 de enero de 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/safe\\_surgery\\_20090114/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/safe_surgery_20090114/es/)
4. Organización Mundial de la Salud. Segundo Reto Mundial Por La Seguridad Del Paciente La cirugía Segura Salva Vidas [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2008. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl\\_brochure\\_spanish.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf)
5. Tostes MF do P, Haracemiw A, Mai LD, Tostes MF do P, Haracemiw A, Mai LD. Surgical Safety Checklist: considerations on institutional policies. *Esc Anna Nery*. marzo de 2016;20(1):203-9.
6. Constanza C, Liliana B, Alvaro Q, León E Q, Marcela MD. Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente / Checklist verification for surgery safety from the patient's perspective. *Rev Colomb Anestesiología*. 2013;41(2):109.
7. Candas B, Gürsoy A. Patient safety in operating room: Thoughts of surgery team members on implementing the Safe Surgery Checklist (An example from Turkey). *Perioper Care Oper Room Manag*. 1 de diciembre de 2016;5:1-6.
8. Filho M, Rocha G da, Silva L de FN da, Ferracini AM, Bahr GL, Filho M, et al. The WHO Surgical Safety Checklist: knowledge and use by Brazilian orthopedists. *Rev Bras Ortop*. diciembre de 2013;48(6):554-62.
9. Incidence of wrong-site Surgery among hand surgeons: JBJS [Internet]. [citado 29 de enero de 2018]. Disponible en: [https://journals.lww.com/jbjsjournal/Abstract/2003/02000/incidence\\_of\\_wrong\\_site\\_surgery\\_among\\_hand.2.aspx](https://journals.lww.com/jbjsjournal/Abstract/2003/02000/incidence_of_wrong_site_surgery_among_hand.2.aspx)
10. Incidence, Patterns, and Prevention of Wrong-Site Surgery | Health Care Safety | JAMA Surgery | The JAMA Network [Internet]. [citado 29 de enero de 2018]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/398265>
11. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System* [Internet]. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editores. Washington (DC): National Academies Press (US);

- 2000 [citado 29 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>
12. Revista HSEC - Modelo del Queso Suizo: combatiendo errores latentes [Internet]. [citado 31 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.emb.cl/hsec/articulo.mvc?xid=964&edi=42&xit=modelo-del-queso-suizo-combatiendo-errores-latentes>
  13. Organización Mundial de la Salud. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009 [Internet]. Ediciones de la OMS; 2009. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70083/1/WHO\\_IER\\_PSP\\_2008.05\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70083/1/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf)
  14. Hull L, Sevdalis N. El trabajo en equipo y la seguridad en cirugía. Colomb J Anesthesiol Rev Colomb Anesthesiol. 1 de enero de 2015;43(1):3-3-6.
  15. Consulta de la Norma: LEY 100 DE 1993 [Internet]. [citado 31 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
  16. Consulta de la Norma: DECRETO 1011 DE 2006 [Internet]. [citado 5 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975#57>
  17. Seguridad del paciente [Internet]. [citado 31 de enero de 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>
  18. Ministerio De Salud y Protección Social, Colombia. Paquetes Instruccionales. Guía técnica «,buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud». ministerio de salud y proteccion social; 2014.
  19. Netquest. Netquest | Panel [Internet]. [citado 17 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://www.netquest.com>
  20. Ministerio De Salud y Protección Social, Colombia. RESOLUCION N° 008430 DE 1993 [Internet]. [citado 7 de junio de 2018]. Disponible en: [https://www.invima.gov.co/images/pdf/medicamentos/resoluciones/etica\\_res\\_8430\\_1993.pdf](https://www.invima.gov.co/images/pdf/medicamentos/resoluciones/etica_res_8430_1993.pdf)
  21. Bitajor. ConstitucionColombia.com [Internet]. [citado 20 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-1/articulo-15>

**Anexo 1 Instrumento de recolección de datos**

**EVALUACIÓN DEL DILIGENCIAMIENTO DE LAS LISTAS DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA**

Lista de Verificación N° \_\_\_\_\_ Fecha formato:

Edad:

Sexo:

Día:

Tipo de cirugía: Programada\_\_\_\_. Urgencia\_\_\_\_\_

Especialidad:

VARIABLE		Sí	No
Marcación de zona quirúrgica			
Antecedentes			
Registro ayuno			
Consentimiento informado anestesia completo			
Consentimiento informado cirugía completo			
Imágenes diagnosticas			
Firma de la pausa quirúrgica			
Antibiótico profiláctico			
Firma fases de LVQ	En transferencia		
	Antes de la incisión	Cirujano	
		Anestesiólogo	
	Instrumentadora		
Traslado a U.C.P.A.			

**DILIGENCIADO EN SU TOTALIDAD:** SI\_\_\_ NO\_\_\_

Comentarios\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Anexo 2 Lista de verificación institucional.

Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía		Episodio
<b>1. NOMBRE DEL USUARIO</b> <b>FECHA</b> <b>2. PROCEDIMIENTO</b>		<b>N° DE SALA</b>
<b>EN TRANSFERENCIA</b> CONFIRMAR <b>3. Identificación del paciente</b> Diagnóstico _____ Edad _____ Peso _____ EPS _____ Antecedentes _____ Patológicos _____ <b>4. Alérgicos</b> Farmacológicos _____ Retiro de prótesis dental <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Ayuno <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Triquetomía <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Soporte ventilatorio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Permeabilidad de vena periférica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Permeabilidad CVC <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Otros. Cual: _____ Dispositivos como drenes / otros _____ Medios diagnósticos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cuales: _____ Cantidad: _____ Autorización del procedimiento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Observaciones _____ Consentimiento diligenciado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Observaciones _____ Brazalete <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Marcación del gorro <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Marcación sitio de incisión <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Lateralidad <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> NA		<b>INSTRUMENTADORA QUIRÚRGICA</b> Validación esterilización <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Instrumental quirúrgico completo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Material de osteosíntesis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Dispositivos especiales <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Verificación de requerimientos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Verificación del estado de los equipos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <b>FIRMA RESPONSABLE</b>
<b>PREVIO A LA INCISIÓN</b> CONFIRMAR <b>MÉDICO CIRUJANO</b> Verificación del estado de los equipos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Revisión de HCl <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cirujano confirma procedimiento a realizar y sitio de incisión <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Verificación de requerimientos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <b>FIRMA RESPONSABLE</b>		<b>PREVIO AL TRASLADO UCPA</b> CONFIRMAR Nombre del Procedimiento realizado _____ Colocación de analgesia intrasoperatoria <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Marcación correcta muestra de patología <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Recuento de gasas, agujas y compresas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Presencia de drenes <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cuales: _____ Destino <input type="checkbox"/> UCPA <input type="checkbox"/> Transferencia <input type="checkbox"/> UCI <input type="checkbox"/> Morgue Entrega presencial a personal UCPA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Entrega de Rayos X, HCl, Elementos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <b>FIRMA AUXILIAR DE SALA</b> <b>FIRMA PERSONAL DE UCPA</b> <b>FIRMA JEFE CUIDADOS INTENSIVOS</b>
<b>ANESTESIÓLOGO</b> Identificación personal equipo quirúrgico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Revisión HCl <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Revisión máquina de anestesia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Laringoscopia funcionando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Otros dispositivos _____ <b>6. Profilaxis antibiótica</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Antibiótico _____ Vía aérea difícil <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <b>7. Sangrado estimado intraoperatorio</b> _____ <b>FIRMA RESPONSABLE</b> Líder Pausa Quirúrgica _____ Nombre - Cargo _____		

Fuente: Institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad, Floridablanca, Santander.