



## RESEARCH ARTICLE

### PERCEPCIÓN DEL PACIENTE POSTOPERADO RESPECTO A LA CIRUGÍA SEGURA BASADO EN LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA EN EL CENTRO MÉDICO NAVAL

<sup>1,\*</sup>Cesar Bautista Pulido and <sup>2</sup>Rosalinda Enríquez Ramírez

<sup>1</sup>Licenciado en Enfermería Naval, Residente de segundo año de la Especialidad de Enfermería Quirúrgica, Centro Médico Naval, Escuela de Posgrados en Sanidad Naval, Universidad Naval, Secretaría de Marina-Armada de México

<sup>2</sup>Licenciada en Enfermería Naval, Especialista en Enfermería Perioperatoria, Maestra en educación, Jefa del departamento de educación continua de enfermería del Centro Médico Naval, Profesor titular de la especialidad de Enfermería Quirúrgica de la Escuela de Posgrados en Sanidad Naval, Universidad Naval, Secretaría de Marina-Armada de México

#### ARTICLE INFO

##### Article History:

Received 10<sup>th</sup> October, 2020

Received in revised form

08<sup>th</sup> November, 2020

Accepted 24<sup>th</sup> December, 2020

Published online 30<sup>th</sup> January, 2021

##### Keywords:

Percepción, Paciente,  
Lista de Verificación,  
Seguridad de la Cirugía.

#### ABSTRACT

**Introducción:** La falta de seguridad en las intervenciones quirúrgicas es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo el mundo, sin importar su nivel de desarrollo. Debido a esta problemática, la Organización Mundial de Salud (OMS) creó de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, de esta Alianza emanó la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC). **Objetivo:** Determinar la percepción del paciente postoperado con respecto de la seguridad de su cirugía realizada en el Centro Médico Naval (CEMENAV) entre octubre y noviembre de 2020. **Métodos:** estudio observacional / no experimental, cuantitativo, descriptivo, prospectivo, de cohorte transversal. La población se conformó por 105 pacientes intervenidos quirúrgicamente en el CEMENAV en el periodo comprendido del 20 octubre al 10 de noviembre de 2020, la muestra estuvo constituida por 65 pacientes, a quienes se les aplicó un cuestionario basado en los ítems de la LVSC susceptibles de ser identificados por los mismos, dividido en tres momentos: antes de la anestesia, después de la cirugía y la opinión sobre la seguridad y satisfacción, con lo que se permitió medir la percepción de seguridad de la Cirugía desde la perspectiva del paciente. **Resultados:** Solo el 40.0% de los casos el (la) enfermero(a) preguntó al paciente en qué parte del cuerpo sería su cirugía, En el 64.6% de los casos el (la) enfermero(a) preguntó y verificó que el paciente hubiera firmado el consentimiento informado. En el 71.4% casos el (la) cirujano(a) no efectuó el marcaje quirúrgico, en el 10.8% de los casos el (la) anestesiólogo(a) no preguntó al paciente si tenía algún tipo de alergia. El anestesiólogo dio recomendaciones para la recuperación del paciente en el 58.5% de los casos, el cirujano lo hizo en el 55.4 % de los casos, y personal de enfermería en un 43.1% de los casos. El 3.1% de los pacientes sintió inseguridad de su cirugía, todos afirmaron hallarse satisfechos con la atención recibida y todos recomendaron el CEMENAV para operarse. **Conclusiones:** existe incumplimiento en la confirmación de los ítems de la "LVSC" por parte del el equipo quirúrgico del CEMENAV. La percepción del paciente postoperado con respecto de la seguridad de su cirugía es inadecuada.

#### INTRODUCTION

**La seguridad en cirugías:** La falta de seguridad del paciente en cirugía es un problema internacional de salud pública que afecta a los países independientemente del nivel de desarrollo que ostenten. Esta situación puede conducir a afectaciones a nivel personal, familiar y laboral considerables y que traen consigo un costo elevado para el gasto en salud. Una cirugía no segura puede dejar secuelas al paciente e, incluso, provocarle la muerte. Queda claro que el propósito de toda intervención quirúrgica es salvar vidas y mejorar la salud del paciente; sin embargo, la literatura en la materia refiere que aproximadamente la cuarta parte de los pacientes operados que se encuentran hospitalizados sufren de alguna complicación

postquirúrgica que puede acarrearles consecuencias graves, incluso la muerte. Los niveles de mortalidad registrados después de que un paciente es sometido a una cirugía mayor oscilan entre el 0.5 y el 5.0%. Asimismo, la mitad de los eventos adversos que se presentan en pacientes hospitalizados en países industrializados está relacionado con la atención quirúrgica. Se podría prevenir cerca de la mitad de los daños ocasionados por una cirugía si la actuación de los prestadores de los servicios de salud fuera correcta (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que, a nivel mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren a consecuencia de negligencias en la atención médica o de prácticas inseguras. Uno de cada 10 pacientes padece algún daño al recibir atención médica, incluso cuando ésta es recibida dentro de hospitales prestigiados que cuentan con la tecnología y los recursos económicos adecuados (1). Asimismo, se calcula que anualmente siete millones de pacientes sufren complicaciones derivadas de la atención quirúrgica, de los cuales un millón fallece en el transoperatorio o de forma inmediata luego de

##### \*Corresponding author: Cesar Bautista Pulido,

Licenciado en Enfermería Naval, Residente de segundo año de la Especialidad de Enfermería Quirúrgica, Centro Médico Naval, Escuela de Posgrados en Sanidad Naval, Universidad Naval, Secretaría de Marina-Armada de México.

terminar su cirugía (1). Debido a lo anterior, en 2004 la OMS dio a luz a la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Ésta surgió como una respuesta a la problemática de la seguridad de los pacientes, la cual fue visibilizada por la Asamblea Mundial de la Salud en su Resolución 55.18. Su fin es servir como un mecanismo para la sensibilización y promoción de compromisos políticos tendientes a la mejora de la seguridad en la práctica de la medicina, mismos que deriven en la adopción de políticas y planes concretos al respecto por parte de los gobiernos de los Estados Miembros. Para ello, desarrolla programas anuales que tratan cuestiones sistémicas y técnicas sobre las condiciones de seguridad de los pacientes. La Alianza trabaja a partir de la formulación y publicación de Retos Mundiales por la Seguridad del Paciente, los cuales son concebidos cada dos años con el fin de incitar el compromiso y la acción a nivel mundial en todo lo relacionado con la seguridad del paciente que figure dentro de un área de riesgo importante para todos los Estados Miembros de la OMS (2). El primer Reto Mundial por la Seguridad del Paciente fue lanzado en 2005 y se enfocó en las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, bajo la premisa de que una atención médica limpia es una atención más segura. Por lo tanto, el objetivo principal de este primer reto fue reducir las infecciones asociadas con la atención sanitaria haciendo hincapié en la mejora de la higiene de las manos (1).

**El segundo reto mundial por la seguridad del paciente: “la cirugía segura salvavidas”:** El Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente fue lanzado en 2008, bajo el tema principal de la seguridad de las prácticas quirúrgicas. La campaña fue titulada “La cirugía segura salva vidas” y su propósito principal fue reducir todo tipo de riesgo relacionado con la atención quirúrgica a través de la definición de ciertas normas de seguridad aplicables a todos los Estados Miembros. A partir del trabajo de grupos de expertos internacionales, se cayó en la cuenta de que se requería de avances en cuatro áreas que conciernen a la seguridad en la atención de cirugías:

- J La prevención de infecciones postoperatorias: se valoró que una de las causas más comunes de fallecimiento después de cirugías sigue siendo la infección del sitio quirúrgico. Esto se debe a que no se cumple siempre ni de manera sistemática con las medidas de prevención de infecciones postoperatorias, como puede ser la profilaxis con antibióticos. Tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, la administración de los antibióticos puede darse a destiempo o fuera de los parámetros recomendables para su eficacia y para la seguridad del paciente.
- J La seguridad de la anestesia: si bien en los países desarrollados la seguridad de la anestesia ha incrementado considerablemente, en los países en vías de desarrollo es una realidad que la anestesia sigue teniendo prácticas inseguras que conducen a tasas de mortalidad operatoria mayores (1).
- J La seguridad de los equipos de cirugía: al ser la práctica de la medicina una labor hecha por humanos, se encuentra sometida a riesgos derivados de los errores en la comunicación de los equipos de trabajo médico. Por ello, es importante avanzar hacia la consolidación de la cultura de equipo y la comunicación efectiva entre el personal quirúrgico, a fin de reducir la posibilidad de errores derivados de una comunicación y/o relación deficiente entre los mismos (1).

- J La medición de la calidad de los servicios: para poder mejorar la calidad de los servicios quirúrgicos, es preciso contar con un seguimiento sistemático de la mortalidad quirúrgica y tener información actualizada y confiable sobre los principales indicadores de calidad de los servicios. Por desgracia, aún falta mucho por completar en los países en desarrollo con respecto de esta materia (1).

**La lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía:**

A partir de los objetivos del Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente, se definió un grupo de preceptos sintetizados en una lista de verificación, denominada “*Lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía*”(LVSC). Se trata de una guía de controles de seguridad útil para que los profesionales en cirugía se cercioren de estar dando cumplimiento a las normas de seguridad durante su actuación. Su propósito último es reducir la mortalidad quirúrgica y las complicaciones asociadas a la cirugía. Además de enfocarse en aspectos técnicos de la cirugía, la LVSC también atiende cuestiones relacionadas con la comunicación entre el equipo quirúrgico conformado por cirujanos, enfermeros, anestesiólogos y demás personal que intervenga apoyando en la cirugía. Ésta fue una novedad importante en su creación, ya que sitúa a la seguridad quirúrgica no sólo como un asunto del dominio técnico, sino también como un aspecto incidido por factores humanos. El uso de la LVSC se instituyó con carácter obligatorio en todos los quirófanos del planeta. Hasta el día de hoy, se ha demostrado que se encuentra directamente asociado con la disminución de complicaciones y la mortalidad en los quirófanos de centros hospitalarios en varios países. Además, permite el cumplimiento de otras normas (3)

**Criterios para la aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía:**

En una intervención quirúrgica debe existir solo una persona que se encargue de llevar a cabo la aplicación de la LVSC. La persona que fungirá como “coordinador de la lista de verificación” puede ser cualquier profesional de la salud que sea parte del equipo quirúrgico (cirujano, anestesiólogo o enfermero), comúnmente se observa que quien hace esta función es el enfermero circulante. La LVSC divide a toda intervención quirúrgica en tres etapas, cada una correspondiente a un periodo en el curso habitual de una cirugía: el momento antes de que el paciente sea anestesiado (“Entrada”), el tiempo que prosigue a la inducción de la anestesia y antecede a la incisión cutánea (“Pausa quirúrgica”), y el tiempo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente después de ésta, pero antes de que el paciente salga del quirófano (“Salida”). La función del coordinador de la lista de verificación será confirmar que todo el equipo quirúrgico haya llevado a cabo las funciones que le competen en cada una de las etapas. A continuación, se especifican:

**Antes de la inducción de la anestesia (“Entrada”):** El coordinador de la lista de verificación confirmará verbalmente con el paciente (si es posible) su identidad, el lugar anatómico donde será operado y el procedimiento que le efectuarán, y solicitará su consentimiento para ser intervenido. Se cerciorará de que se haya realizado el marcaje correcto del sitio quirúrgico (en caso de ser requerido) y de que el paciente tenga puesto el pulsioxímetro funcionando adecuadamente. Aunado a lo anterior, dentro de las funciones del coordinador se encuentra verificar verbalmente con el anestesiólogo el riesgo de hemorragia al cual se encuentra expuesto el paciente, si

existentes dificultades en la vía aérea o riesgo de aspiración, si el paciente presenta o no algún tipo de alergia, y si se ha completado el control de la seguridad del equipo de anestesia. El cirujano deberá estar presente en esta primera etapa, ya que, al ser quien participará de manera directa en la intervención, podrá tener una idea más precisa del sangrado esperado durante la cirugía, las alergias y otras posibles complicaciones (3).

**Antes de la incisión cutánea (“Pausa quirúrgica”):** En este momento, es fundamental que todos los integrantes del equipo quirúrgico se presenten por su nombre y función que cumplen como personal de salud. El coordinador de la lista de verificación pedirá al equipo que se detenga justo antes de que el cirujano realice la incisión en la piel para confirmar en voz alta que se efectuará la operación, el paciente y el sitio son los correctos. A continuación, los miembros del equipo revisarán verbalmente entre sí los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía las preguntas de la LVSC. De igual forma, se confirmará si se ha administrado profilaxis antibiótica en el paciente con una hora de anticipación y si pueden visualizarse adecuadamente los estudios de imagen (3).

**Antes de que el paciente salga del quirófano (“Salida”):** En esta etapa, todos los miembros del equipo quirúrgico verificarán la intervención quirúrgica llevada a cabo, realizarán el conteo de instrumental y gasas, así como de las piezas biológicas que se obtengan, las cuales deberán estar debidamente rotuladas. Asimismo, inspeccionarán si se presentó algún problema con el instrumental o equipos usados durante el procedimiento quirúrgico o algún otro tipo de situación que tenga que resolverse. Antes de que el paciente abandone el quirófano, el personal de salud revisará los aspectos clave del tratamiento postoperatorio y la recuperación del paciente (3). Debido al complicado ambiente que a veces puede existir en el quirófano por los preparativos preoperatorios, transoperatorios o postoperatorios, cabe la posibilidad que se olvide efectuar alguno de los pasos del proceso de la LVSC. Para evitar cualquier tipo de omisión de esta índole, la lista debe ser llevada a cabo por un solo integrante del equipo quirúrgico, ya que ello asegura que no se omita ninguno de los puntos y, por ende, no se vulnere la seguridad del paciente en la cirugía. Cada institución de salud debe establecer qué integrante del equipo quirúrgico será el más idóneo para ser el coordinador de la lista de verificación. En muchos hospitales se opta por elegir a un enfermero circulante, aunque cualquier profesional de salud que sea parte del equipo quirúrgico puede y está facultado para coordinar el proceso de verificación de la lista.

**La seguridad de la cirugía en México:** En todo proceso de atención a la salud, la seguridad del paciente debe ser un aspecto clave y es la prioridad en todo momento. Es por ello que, en los últimos años, organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Joint Commission —entidad encargada de acreditar la calidad y seguridad en la atención médica de los hospitales— han desarrollado iniciativas para apoyar estrategias nacionales e internacionales que contribuyan a la mejora de la seguridad de los pacientes. México no ha sido la excepción a esto (4). En nuestro país, alrededor de 2% de los pacientes que se encuentran hospitalizados mueren y el 8% sufre alguna complicación derivada de un evento adverso relacionado con la seguridad del paciente. Se estima que el 62% de estos eventos podrían ser evitados.

Es así como se ha trabajado para la creación de la Política de Seguridad del Paciente, la cual tiene como objetivo implementar las estrategias generadas por la OMS de forma obligatoria en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud. Esta política trajo consigo una disminución significativa de las complicaciones, infecciones e, incluso, muertes en el área quirúrgica. Desde el 2000, el Consejo de Salubridad General (CSG) y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCE) se han dado a la tarea de establecer reuniones con el fin de identificar cuáles los aspectos en los que deben enfocarse los establecimientos de salud para proporcionar una atención médica segura y de calidad (5). De esta manera, se diseñaron las “ocho acciones esenciales en seguridad del paciente”, las cuales están integradas por las seis metas internacionales que ya existen más dos acciones adicionales: la cultura de seguridad del paciente y el reporte de eventos adversos.

En 2009 la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud (DGED) llevó a cabo un estudio enfocado en investigar la prevalencia de eventos adversos relacionados con la atención quirúrgica. Los resultados obtenidos arrojaron que uno de cada 25 pacientes sometidos a cirugía en los hospitales públicos del país sufrió un evento adverso; 58% requirió que se le realizaran pruebas diagnósticas adicionales; 80% debió iniciar un nuevo tratamiento; y 56.6% tuvo que ser sometido a una segunda intervención quirúrgica como consecuencia de incapacidad derivada de dicho evento adverso (6). En 2012, la DGCE, realizó los ajustes a la LVSC, publicada por la OMS y posteriormente cargada a su página electrónica. En 2015 se publicó otra actualización (7). En 2017, el Consejo de Salubridad General emitió en el Diario Oficial de la Federación el acuerdo por el que se establece la implementación del documento denominado *Acciones esenciales para la seguridad del paciente*, cuya acción es de carácter obligatorio para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud.

**Percepción del paciente quirúrgico acerca de la seguridad de la cirugía:** Se le llama “percepción” a la actividad mediante la cual el cerebro humano realiza la interpretación de la información que le es provista a través de los sentidos, asignándole un significado y organizándola. Esta percepción tiene repercusiones en lo que el sujeto siente y experimenta. En otras palabras, es el resultado de la estimulación, a la cual los sentidos brindan respuesta, de tal modo que se procede a una valoración de lo que se está viviendo (8). Traducido al ámbito de la salud, la percepción de la calidad de los servicios médicos consiste en la respuesta que el paciente brinda ante los estímulos que recibe por parte del personal médico y de toda la experiencia de atención por la cual atraviesa al encontrarse internado. Esta percepción puede ser de tener un proceso quirúrgico seguro o, por el contrario, de detectar que su proceso no es del todo seguro, lo cual coloca en un plano negativo a la institución y la atención que brinda. En la actualidad, el perfil de los pacientes ha cambiado y, con ello, su concepto de seguridad en la cirugía. Anteriormente, un paciente consideraba que su cirugía era segura cuando había ausencia de errores; sin embargo, a este requisito hoy se añaden otros aspectos, como la confianza y la comunicación con el personal hospitalario, la calidad de la información que recibe y la oportunidad que se le brinda de participar de su propio tratamiento y seguridad. Los pacientes han dejado de ser entes pasivos que aceptan todo lo que le médico diga y ordene, y se han convertido en agentes más activos, que buscan

saber más sobre su tratamiento y desean involucrarse más en todo su proceso. Así, son observadores de la verosimilitud de la información que se les da, del manejo de la incertidumbre por parte del personal de la salud, y de los esfuerzos institucionales por brindarles el más alto grado de seguridad que sea posible. Por supuesto, ante esta nueva cultura, el profesional es más susceptible de incurrir en errores notorios, lo que conduce a alterar la percepción que el paciente tiene de la calidad y la seguridad del procedimiento (8). Un aspecto esencial para fomentar que el paciente perciba su cirugía como segura es la comunicación. Es importante que el personal de salud construya lazos comunicativos con la persona antes y después de la cirugía. Cuando el paciente percibe una actitud abierta, honesta e interesada por parte del personal, puede mostrarse más cooperativo que si ésta es defensiva o poco comunicativa. Asimismo, el paciente puede comprender mejor los riesgos de su intervención si se sostiene con él una relación más amigable y estrecha. Incluso, en el caso de ocurrencia de un evento adverso, los pacientes y sus familiares pueden responder de mejor manera cuando se ha entablado dicha relación que cuando no se ha hecho (8). Con base en lo anterior, las instituciones de salud pública de nuestro país han emitido una serie de recomendaciones para la seguridad del paciente que también tocan aspectos humanos relacionados con la percepción de la seguridad por parte de quien recibe la atención médica. Algunas de ésta son identificarse con el paciente, desarrollar una comunicación clara y hacerlo participe en la toma de decisiones. Se ha detectado que estos factores inciden directamente en la calidad de la atención recibida (8).

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional / no experimental, cuantitativo, descriptivo, prospectivo, de cohorte transversal. La población se encontró conformada por 105 pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente en el CEMENAV en el periodo comprendido del 20 octubre al 10 de noviembre de 2020, la muestra estuvo constituida por 65 pacientes, seleccionados por medio de muestreo no probabilístico, por conveniencia. La técnica utilizada para la recolección de datos fue el cuestionario, el cual fue creado por Constanza Collazos y colaboradores en el año 2013 (9), con base en los ítems de la LVSC establecida por la OMS, que son susceptibles de ser identificados fácilmente por los pacientes. Este se aplicó bajo formato autoadministrado para pacientes que se encontraban en condiciones de responder, y heteroadministrado para quienes presentaban algún tipo de limitación y permitió medir la percepción de seguridad de los pacientes durante tres momentos: antes de la anestesia (7 ítems), después de la cirugía (3 ítems), y, finalmente, la opinión sobre la seguridad y satisfacción de los servicios quirúrgicos recibidos (3 ítems). A cada ítem se le asignó una puntuación de 1 para las respuestas afirmativas y 0 para las negativas. Al término, se pudo obtener una calificación final basada en la sumatoria de estos puntos, la cual representa la percepción de seguridad sobre la cirugía que tiene el paciente.

## RESULTADOS

**Descripción de la muestra:** La muestra analizada constó de 65 unidades (pacientes) hispanohablantes, de los cuales 35 (53.8%) fueron hombres y 30 (46.2%), mujeres. La edad promedio fue de 46.89 ( $\pm 16.40$ ) años, con un mínimo de 22 y un máximo de 76.

En cuando al nivel académico, 24 casos (36.9%) correspondieron al nivel medio-superior, 22 casos (33.8%) a nivel primaria, 8 casos (12.3%) al nivel superior, 7 casos (10.8%) a secundaria, y 4 (6.2%) no tenían instrucción. De acuerdo con el servicio al que ingresaron, la mayor parte de la muestra perteneció al servicio de Cirugía General, con 21 casos (32.3%), seguido por el servicio de Traumatología y Ortopedia, con 16 casos (24.6%). De los pacientes analizados, 30 casos (46.2%) contaban con antecedentes de cirugía, mientras que 35 casos (53.8%), no. En cuanto al tipo de anestesia, a 35 casos (53.8%) se le aplicó anestesia general, y a 15 casos (23.1%), anestesia regional y local, respectivamente. La ocupación más común entre los individuos de la muestra analizada fue militar, con 22 casos (33.8%), seguida por ama de casa, con 14 casos (21.5%).

**Percepción del paciente postoperado con respecto de la seguridad de su cirugía antes de la inducción de la anestesia:** Con respecto de la primera batería de análisis, correspondiente a la percepción de seguridad en la cirugía previo a la inducción de la anestesia, los resultados obtenidos a los reactivos basados en al LVSC indican que:

- J En 50 casos (76.9%) el (la) enfermero(a) preguntó al paciente su nombre completo, pero en 15 casos (23.1%) no lo hizo.
- J En 39 casos (60.0%) el (la) enfermero(a) no preguntó al paciente en qué parte del cuerpo sería su cirugía, contra 26 casos (40.0%) donde sí lo hizo.
- J En 39 casos (60.0%) el (la) enfermero(a) preguntó al paciente por la cirugía que le practicarían, mientras que en 26 casos (40.0%) no lo hizo.
- J En 42 casos (64.6%) el (la) enfermero(a) preguntó y verificó que el paciente hubiera firmado el consentimiento informado, contra 23 casos (35.4%) donde esto no ocurrió.
- J De 21 casos (32.3%) de la muestra donde procedía realizar marcaje sobre el cuerpo por la naturaleza de la cirugía a realizar, en 15 casos (71.4%) el (la) cirujano(a) no efectuó el marcaje indicado, mientras que sólo en 6 casos (28.6%) se hizo.
- J En todos los casos (65, 100%) el (la) anestesiólogo(a) colocó el pulsioxímetro y verificó su funcionamiento.
- J En 58 casos (89.2%), el (la) anestesiólogo(a) preguntó al paciente si tenía algún tipo de alergia, contra 7 casos (10.8%) donde esto no pasó.

**Percepción del paciente postoperado con respecto de la seguridad de su cirugía después de la intervención quirúrgica:** En la segunda batería del instrumento de medición, se preguntó a los pacientes con respecto de las recomendaciones para su recuperación brindadas por el personal del hospital después de la intervención quirúrgica. Al respecto, 36 casos (55.4%) afirmaron haber obtenido dichas recomendaciones por parte del (la) cirujano(a); 38 casos (58.5%), por parte del anestesiólogo; y en 28 casos (43.1%), por parte del (la) enfermero(a). Sin embargo, 29 casos (44.6%) señalaron no haber recibido información alguna de su cirujano(a); 27 casos (41.5%), de su anestesiólogo; y 37 casos (56.9%), de su enfermero(a).

**Opinión del paciente postoperado con respecto de la satisfacción de los servicios quirúrgicos recibidos en relación con la seguridad de su cirugía:** En la tercera batería de análisis, donde se mide la opinión general del paciente con

**Tabla 1. Percepción de seguridad en la cirugía previo a la inducción de la anestesia**

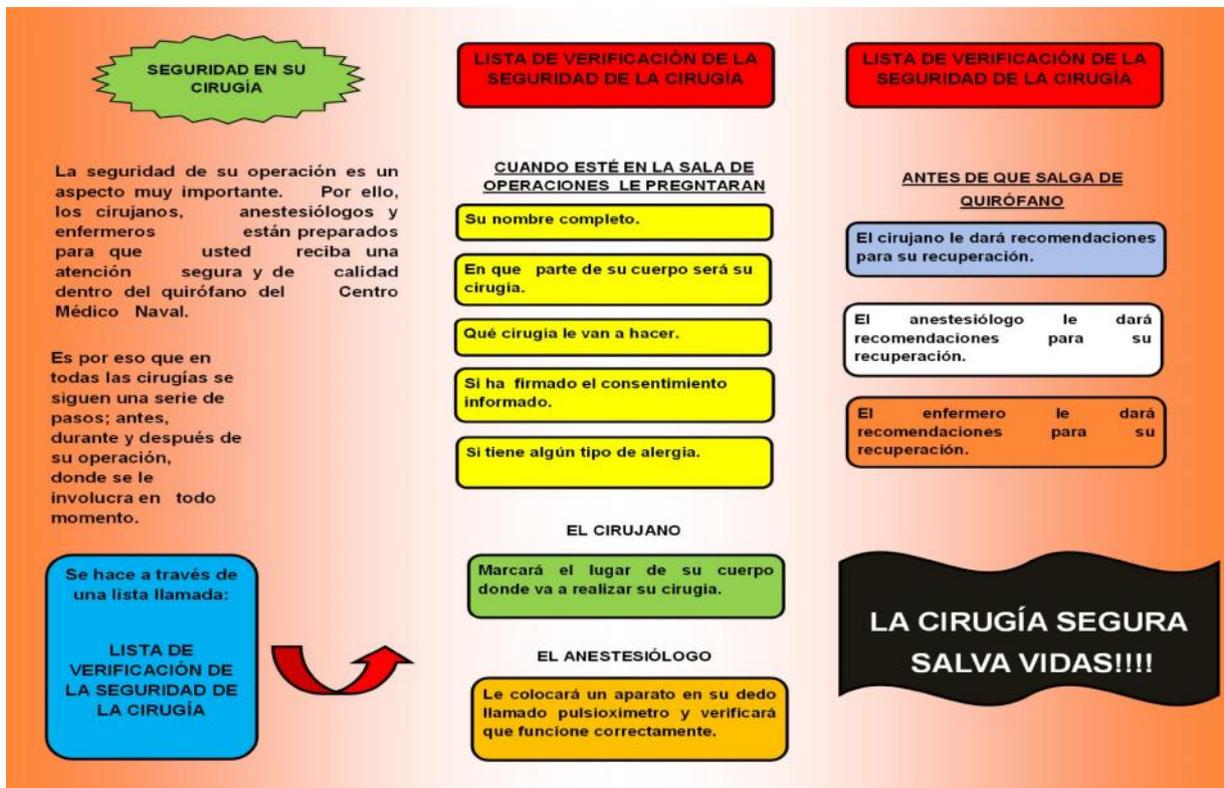
Pregunta	Respuesta			
	Si	%	No	%
I. Cuando estaba en la sala de cirugías y antes de que le pusieran la anestesia (antes de que lo (a) durmieran):				
¿El (la) enfermero (a) le preguntó cuál era su nombre completo?	50	76.9%	15	23.1%
¿El (la) enfermero (a) le preguntó en que parte de su cuerpo sería su cirugía?	26	40%	39	60%
¿El (la) enfermero (a) le preguntó qué cirugía le iban a hacer?	39	60%	26	40%
¿El (la) enfermero (a) le preguntó y verificó si usted había firmado el consentimiento informado?	42	64.6%	23	35.4%
¿El (la) cirujano (a) marcó el lugar de su cuerpo donde le iba a realizar la cirugía? Si procedió en 21 casos.	6	28.6%	15	71.4%
¿El (la) anesthesiólogo (a) le colocó un aparato en su dedo (pulsioxímetro) y verificó su funcionamiento?	65	100%	0	0%
¿El (la) anesthesiólogo (a) le preguntó si tenía algún tipo de alergia?	58	89.2%	7	10.8%

**Tabla 2. Percepción de seguridad después de la cirugía**

Pregunta	Respuesta			
	Si	%	No	%
II.- Después de la cirugía.				
8.- ¿El (la) cirujano (a) le dio recomendaciones para su recuperación?	36	55.4%	29	44.6%
9.- ¿El (la) anesthesiólogo (a) le dio recomendaciones para su recuperación?	38	58.5%	27	41.5%
10.- ¿El (la) enfermero (a) le dio recomendaciones para su recuperación?	28	43.1%	37	56.9%

**Tabla 3. Opinión sobre la atención quirúrgica recibida**

Pregunta	Respuesta			
	Si	%	No	%
III.- Opinión sobre la seguridad de la atención recibida en el quirófano del Centro Médico Naval.				
11.- Cuando supo que iba a ser operado (a) en este hospital, ¿Sintió seguridad de su cirugía?	63	96.9%	2	3.1%
12.- ¿Se encuentra usted completamente satisfecho (a) con la atención recibida por el personal del quirófano de este hospital?	65	100%	0	0%
13.- ¿Usted recomendaría a otras personas que se operen en este hospital?	65	100%	0	0%



**Figura 1. Tríptico sobre “Educación al paciente quirúrgico sobre seguridad perioperatoria y la LVSC”**

los servicios quirúrgicos recibidos en relación con la seguridad de su cirugía, 63 casos (96.9%) sintió que su cirugía fue segura, contra sólo 2 casos (3.1%) que no lo sitió así. Todos los casos afirmaron hallarse satisfechos con la atención recibida por parte del personal de quirófano del hospital 65 casos (100%).

De igual modo, todos los pacientes señalaron que recomendarían a los demás operarse en el nosocomio 65 casos (100%).

## DISCUSIÓN

Desde su implementación en México, el CEMENAV ha adoptado el uso de la LVSC y la ha adecuado en relación a sus propias condiciones, criterios y necesidades, ya que como lo menciona la OMS, esta lista no pretende ser exhaustiva y puede ser modificada o adaptada a la práctica local. El área quirúrgica del CEMENAV cuenta con esta lista y sobre ella se realizó el presente trabajo de investigación. En los resultados del estudio se pudo apreciar que existe falta de cumplimiento en la lista de verificación de la seguridad de la cirugía. Estos resultados guardan cierta relación con los hallazgos de otros estudios realizados en diferentes partes del mundo. De acuerdo a los resultados encontrados en la primera etapa del instrumento "Cuando el paciente estaba en la sala de cirugías y antes de la inducción de la anestesia". Se destaca el ítem "¿El (la) cirujano (a) marcó el lugar de su cuerpo donde le iba a realizar la cirugía?", el cual de acuerdo con el tipo de cirugía que se practicó, este marcaje procedió en 21 de los 65 casos, de los cuales solo se realizó en el 28.6% de los pacientes, siendo similares los resultados obtenidos en el estudio realizado por Yolanda Medina et al. (2015) (10), en el que esta marcación se realizó solo en el 46.25% de los pacientes. Otro estudio hecho por Pozo Gutiérrez (2015) (11), demostró que solo en el 30% de las intervenciones se marcó el sitio de la cirugía.

También otros resultados reflejados en la investigación de Constanza Collazos et al. (2013) (9), demostró que la marcación del sitio quirúrgico a operar fue llevada a cabo en un 82.02%. Es importante destacar que en todos los estudios es el ítem con menor porcentaje de cumplimiento en la primera fase del instrumento. Con respecto al ítem "¿El (la) anestesiólogo (a) le preguntó si tenía algún tipo de alergia?", este se efectuó en el 89.2% de los pacientes, en el estudio realizado por Yolanda Medina et al. (2015) (10), este ítem se cumplió en el 99.19%, en la investigación de Constanza Collazos et al. (2013) (9), en un 96.25% y en la investigación efectuada por Pozo Gutiérrez (2015) (11), se llevó a cabo en un 99%. En cuanto al ítem "¿El (la) enfermero (a) le preguntó cuál era su nombre completo?", este aplico en el 76.9% de los pacientes encuestados comparado con la investigación de Constanza Collazos et al. (2013) (9), en la que se logró el 99.19% y en la investigación efectuada por Pozo Gutiérrez (2015) (11), este se realizó en el 90% de los pacientes. De acuerdo al ítem "¿El (la) enfermero (a) le preguntó en que parte de su cuerpo sería su cirugía?", solo se efectuó en un 40% de los pacientes, mientras que en la investigación de Constanza Collazos et al. (2013) (9), se cumplió en el 93.09% y en el estudio liderado por Pozo Gutiérrez (2015) (11), se logró en un 93%. Con respecto al ítem "¿El (la) enfermero (a) le preguntó qué cirugía le iban a hacer?", solo se efectuó en el 60% de los pacientes, mientras que en la investigación de Constanza Collazos et al. (2013) (9), se cumplió en el 93.09% y en la investigación de Pozo Gutiérrez (2015) (11), se efectuó en el 100% de los pacientes. De acuerdo al ítem "¿El (la) enfermero (a) le preguntó y verificó si usted había firmado el consentimiento informado?", este se realizó en el 64.6% de los casos, a diferencia de la investigación liderada por Constanza Collazos et al. (2013) (9), donde se cumplió en el 100%, en tanto que en el estudio realizado por Yolanda Medina et al. (2015) (10), se realizó en un 92.5% y la investigación efectuada por Pozo Gutiérrez (2015) (11), afirmó que la verificación de la firma del consentimiento informado se realizó en el 92% de los pacientes. Por último un aspecto no menos importante que no fue tomado en cuenta en las

investigaciones previas fue el ítem "¿El (la) anestesiólogo (a) le colocó un aparato en su dedo (pulsioxímetro) y verificó su funcionamiento?", el cual se realizó en el 100% de los pacientes encuestados en este estudio. En la segunda etapa "Después de la cirugía". Según los resultados obtenidos ningún integrante del equipo quirúrgico cumplió con al menos el 60% de la aplicación del ítem referente a las "recomendaciones que se tiene que brindar al paciente para su recuperación". El anestesiólogo dio recomendaciones para la recuperación del paciente en el 58.5% de los casos, el cirujano lo hizo en el 55.4% de los casos, y en menor cumplimiento con un 43.1% de los casos en personal de enfermería. Siendo los resultados similares a los obtenidos por Yolanda Medina et al. (2015) (10), donde no se cumplió con al menos el 50% de los pacientes. El cirujano es el que más proporciono recomendaciones con una aplicación del 46.25%, mientras que el personal de enfermería cumplió este ítem con un 32.5% y en menor porcentaje se encontró el personal de anestesiología quien lo realizo en un 25.5%. Finalmente en relación a la tercera etapa "Opinión del paciente sobre la seguridad de la atención recibida en el quirófano del Centro Médico Naval." De acuerdo a los resultados encontrados en relación al punto "Cuando supo que iba a ser operado (a) en este hospital, ¿Sintió seguridad de su cirugía?", el 96.9% afirmo sentirse seguro comparado con un 78.05% en la investigación de Constanza Collazos et al. (2013) (9), los cuales manifestaron no tener temores relacionados con la posibilidad de que se cometieran errores durante su cirugía y de acuerdo al estudio de Pozo Gutiérrez (2015) (11), el 89% refirió sentirse seguro en el quirófano.

Por último, el 100% de los pacientes recomendaría el CEMENAV para operarse, mientras que el 96.75% recomendaría el Hospital General de Medellín (HGM) donde fue realizada la investigación de Constanza Collazos et al. (2013) (9). En la presente investigación, esta etapa se complementó anexando el punto "¿Se encuentra usted completamente satisfecho (a) con la atención recibida por el personal del quirófano de este hospital?", donde el 100% de los pacientes afirmo estar satisfecho con la atención medica recibida en el CEMENAV.

## Conclusión

La mayor parte de las investigaciones realizadas que tienen como objetivo evaluar el cumplimiento de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía se han hecho basadas en la perspectiva del personal de salud. Esta investigación en cambio se diferencia de las anteriores porque aporta nuevos elementos al considerar la evaluación de la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía desde la perspectiva del paciente, actualmente se encuentran pocos estudios con este objetivo en la literatura. Los ítems de la LVSC se cumplieron en forma general en el 68% de los casos de acuerdo con la percepción de los pacientes. Se pudo visualizar que existe falta de cumplimiento en la confirmación de los pasos de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía que el equipo quirúrgico verifica antes de llevar a cabo una intervención quirúrgica, debido a que algunos ítems no son completados al 100%. En el momento en que el paciente se encontró en la sala de operaciones y antes de la inducción de la anestesia. El 76.9% de los casos el (la) enfermero (a) preguntó al paciente su nombre completo. Solo el 40.0% de los casos el (la) enfermero(a) preguntó al paciente en qué parte del cuerpo sería su cirugía, mientras que en el

60.0% de los casos el (la) enfermero(a) preguntó al paciente por la cirugía que le practicarían. En 64.6% de los casos el (la) enfermero(a) preguntó y verificó que el paciente hubiera firmado el consentimiento informado antes de entrar a su procedimiento quirúrgico. Del total de pacientes (32.3%) donde procedía realizar marcaje quirúrgico sobre su cuerpo por la naturaleza de la cirugía a realizar, en el 71.4% casos el (la) cirujano(a) no efectuó el marcaje indicado, siendo este uno de los puntos más importantes de la lista verificación de la seguridad de la cirugía y que menor cumplimiento tuvo. En todos los pacientes que se intervinieron (100%) el (la) anestesiólogo(a) colocó el pulsioxímetro y verificó su funcionamiento, pero en el 10.8% de los casos no preguntó al paciente si tenía algún tipo de alergia. Al finalizar la intervención quirúrgica. El anestesiólogo dio recomendaciones para la recuperación del paciente en el 58.5% de los casos, el cirujano proporciono recomendaciones para su recuperación en el 55.4 % de los casos, y en menor cumplimiento con un 43.1% de los casos en personal de enfermería. En cuanto a la opinión general del paciente con los servicios quirúrgicos recibidos. El 3.1% de los pacientes sintió inseguridad de su cirugía, aunque todos afirmaron hallarse satisfechos con la atención recibida y por ende todos los pacientes señalaron que recomendarían el CEMENAV para operarse.

Educar al paciente que será sometido a procedimientos quirúrgicos sobre la seguridad perioperatoria y la lista de verificación de seguridad de la cirugía. Se propone el uso de un tríptico donde se brinde información al paciente en el preoperatorio (Figura 1).

### Declaración de conflicto de interés

Los autores del presente artículo declaramos que no existen conflictos de intereses de ningún tipo en este trabajo de investigación.

**Financiación:** Esta investigación fue financiada por el autor.

### Glosario De Abreviaturas

Abreviatura	Significado
OMS	Organización Mundial de la Salud
LVSC	Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
CEMENAV	Centro Médico Naval
CSG	Consejo de Salubridad General
HGM	Hospital General de Medellín

### REFERENCIAS

Organización Mundial de la Salud, Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La cirugía segura salva vidas. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2008 [citado 10 de noviembre de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl\\_brochure\\_spanish.pdf](https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ssl_brochure_spanish.pdf)

Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La investigación en seguridad del paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2008 [citado 10 de noviembre de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf)

Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2008 [citado 10 de noviembre de 2020]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70083/WHO\\_IER\\_PSP\\_2008.05\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70083/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf?sequence=1)

Castro Hernández FI, Zavala Suárez E, Ramírez Hernández C, Villela Rodríguez E. Identificación de las medidas de seguridad aplicadas por enfermería en un hospital de segundo nivel. Rev. CONAMED. 2013;18(2):59-63.

Secretaría de Salud. Conoce las acciones esenciales para la seguridad del paciente [Internet]. Transparencia. 2018. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/es/articulos/conoce-las-acciones-esenciales-para-la-seguridad-del-paciente?idiom=es>

Secretaría de Salud. Prevalencia de eventos adversos. «Evaluación de seguridad quirúrgica» [Internet]. Secretaría de Salud; 2009 [citado 10 de noviembre de 2020]. Disponible en: [http://dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/ODH2\\_009\\_12\\_marzo\\_Versixn\\_impresa.pdf](http://dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/ODH2_009_12_marzo_Versixn_impresa.pdf).

Secretaría de Salud. Lista de verificación de la seguridad de la cirugía [Internet]. Secretaría de Salud; Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29526/seguridadPaciente\\_02.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29526/seguridadPaciente_02.pdf)

Meléndez Méndez C, Garza Hernández R, Castañeda-Hidalgo H, González Salinas JF, Turrubiates Pérez J. Percepción del paciente quirúrgico acerca de la seguridad en el ámbito hospitalario. Rev. Cuid. 17 de julio de 2015;6(2):1054.

Collazos C, Bermúdez L, Quintero A, Quintero LE, Díaz MM. Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente. Rev. Colomb Anestesiol. Abril de 2013;41(2):109-13.

Medina Arévalo Y, Atehortua Puertas J, Flórez Naranjo E, Sánchez Castillejo PA, Peñaranda Pabón EH, Contreras Araque IT, et al. Percepción del paciente respecto a cirugía segura en el servicio de quirófano de la e.s.e Hospital Universitario Erasmo Meoz en el primer semestre del 2015. Av. Investig En Med Vet Prod Anim. 2016;25-7.

Pozo Gutiérrez CN. Verificación de la Lista de Chequeo para la Cirugía Segura Establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde la perspectiva del paciente, en el Hospital Metropolitano de Quito en el año 2015 [Internet]. [Quito, Ecuador]: Universidad Central del Ecuador; 2015. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4649/1/T-UC-0006-120.pdf>