

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**REVISIÓN CRÍTICA: EVIDENCIAS DEL
CUMPLIMIENTO EN LA VERIFICACIÓN DE LA
LISTA DE CHEQUEO PARA GARANTIZAR LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN QUIRÓFANO**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

**AUTORES: LIC. ENF. CASTAÑEDA BARÓN MARÍA IVETTE
LIC. ENF. FUENTES RAMÍREZ MAYRA VANESSA
LIC. ENF. VÁSQUEZ HERRERA AMELIA**

Chiclayo, 01 de Octubre del 2018

**REVISIÓN CRÍTICA: EVIDENCIAS DEL
CUMPLIMIENTO EN LA VERIFICACIÓN DE LA
LISTA DE CHEQUEO PARA GARANTIZAR LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN QUIRÓFANO**

POR:

Lic. Enf. Castañeda Barón María Ivette

Lic. Enf. Fuentes Ramírez Mayra Vanessa

Lic. Enf. Vásquez Herrera Amelia

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica
Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:

**SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN CENTRO QUIRÚRGICO**

APROBADO POR:

Mgtr. Socorro Martina Guzmán Tello
Presidente de Jurado

Mgtr. Martha Luz Vásquez Torres
Secretaria de Jurado

Mgtr. Magaly del Rosario Chú Montenegro
Vocal/Asesor de Jurado

Chiclayo, 01 de Octubre del 2018

ÍNDICE	Pág.
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: MARCO METODOLÓGICO	12
1.1. Tipo de Investigación.....	12
1.2. Metodología EBE.....	12
1.3. Formulación de la Pregunta PICOT.....	16
1.4. Viabilidad y Pertinencia de la Pregunta.....	17
1.5. Metodología de la Búsqueda de la Información.....	17
1.6. Síntesis de la Evidencia Encontrada a través de la Guía de Validez y Utilidad Aparente de Gálvez Toro.....	23
1.7. Listas de Chequeo Específicas a Emplear para los Trabajos Seleccionados	25
CAPÍTULO II: DESARROLLO DEL COMENTARIO CRÍTICO	26
2.1. Artículo para Revisión.....	26
2.2. Comentario Crítico.....	32
2.3. Importancia de los Resultados.....	40
2.4. Nivel de la Evidencia.....	45
2.5. Respuesta a la Pregunta.....	45
2.6. Recomendaciones.....	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS	52

DEDICATORIA

La presente investigación está dedicada a cada una de nuestras familias, por su invaluable apoyo incondicional, pilar fundamental en nuestra formación de segunda especialidad, por brindarnos la confianza, consejos, oportunidades y recursos para lograrlo

MARÍA IVETTE , MAYRA VANESSA Y AMELIA

AGRADECIMIENTO

A Dios por su protección, seguridad y fortaleza a lo largo de nuestras vidas profesionales. Sobre todo por su guía amorosa para terminar la presente investigación muy importante para nuestro desarrollo personal y profesional.

A nuestra asesora, por su paciencia, y sus grandes aportes en la realización de nuestra investigación. A los respetables miembros de jurado por todos sus aportes.

MARÍA IVETTE , MAYRA VANESSA Y AMELIA

Resumen

La calidad y seguridad de las intervenciones quirúrgicas es motivo de preocupación universal, por esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso la implementación de la lista de verificación de la seguridad en cirugía para favorecer el cumplimiento de normas imprescindibles de seguridad en procedimientos quirúrgicos. El objetivo de esta investigación secundaria fue demostrar el cumplimiento de la verificación de la lista de chequeo para garantizar la seguridad del paciente en quirófano. El diseño utilizado fue Enfermería Basada en la Evidencia (EBE); planteándose la pregunta clínica: ¿cuales son las evidencias del cumplimiento en la verificación de la lista de chequeo para garantizar la seguridad del paciente en quirófano? La búsqueda de información se realizó en diferentes bases de datos como: Pub Med, BVS, Scielo y Google Académico, encontrándose 85 artículos, seleccionándose 10 artículos con criterios de: año de publicación, acceso a toda la publicación, todos ellos se sometieron a la lista de chequeo de Gálvez Toro, se seleccionó un artículo, que se analizó con la guía de lectura crítica de artículos originales en salud de Bobenrieth Astete. La pregunta clínica muestra que el uso de la lista de verificación es eficaz para disminuir los eventos adversos en pacientes sometidos a cirugía, teniendo como nivel de evidencia 2⁺⁺ por ser directamente aplicables a la población y objeto de estudio, mostrando globalmente consistencia de sus resultados. Su grado de recomendación es A (Alta) porque los beneficios superan ampliamente los riesgos, además para recomendar o desestimar su utilización.

Palabras Claves: Evidencias, Cumplimiento, Verificación, Lista, Chequeo, Seguridad, Paciente, Quirófano.

Abstract

The quality and safety of surgical interventions is a matter of universal concern, therefore, the World Health Organization (WHO) proposed the implementation of the safety checklist in surgery to promote compliance with essential safety standards in procedures surgical. The objective of this secondary investigation was to demonstrate compliance with the verification of the checklist to guarantee the safety of the patient in the operating room. The design used was Evidence Based Nursing (EBE); posing the clinical question: what are the evidences of compliance in the verification of the checklist to guarantee the safety of the patient in the operating room? The search for information was done by different databases such as: Pub Med, VHL, Scielo and Google Academic, finding 85 articles, selecting 10 articles with criteria of: year of publication, access to the entire publication, all of them were submitted to the list of Gálvez Toro's check-up, an article was selected, which was analyzed with the critical reading guide of original articles in health of Bobenrieth Astete. The clinical question shows that the use of the checklist is effective to reduce adverse events in patients undergoing surgery, having as a 2 ++ level of evidence because they are directly applicable to the population and object of study, showing overall consistency of their results. Its grade of recommendation is A (High) because the benefits far outweigh the risks, in addition to recommend or reject its use.

Keywords: Evidence, Compliance, Verification, List, Check, Safety, Patient, Operating Room.

INTRODUCCIÓN

El centro quirúrgico (CQ) es un área especializada que exige al profesional enfermero estar preparado para proporcionar atención cualificada a los pacientes, con minimización de los riesgos inherentes a los mismos. En esta unidad compleja el equipo se depara con diversas situaciones que pueden ser percibidas como estresantes y que requieren alto grado de responsabilidad en situaciones que exigen rapidez y precisión, al mismo tiempo calma y responsabilidad.

La seguridad del paciente sometido a cirugía, actualmente es reconocida como un problema de salud pública, según estudios realizados la ocurrencia de efectos adversos no es un problema nuevo en el mundo debido a las cifras alarmantes de complicaciones y muerte en la población que se somete a cirugías programadas o de emergencia.

Cabe mencionar que actualmente se estima 234 millones de intervenciones quirúrgicas que se realizan anualmente en todo el mundo, equivale aproximadamente a una operación por cada 25 personas. Según diversos estudios, las complicaciones atribuibles a intervenciones quirúrgicas causan discapacidades o prolongan la hospitalización de entre un 3% y un 25% de los pacientes, dependiendo de la complejidad de la operación y del entorno hospitalario. Se estima que las tasas de mortalidad atribuibles a las intervenciones de cirugía mayor oscilan entre un 0,4% y un 10%, dependiendo del entorno. Según las evaluaciones de impacto correspondientes, al menos un millón de pacientes mueren cada año durante o después de una operación.¹

Así mismo, en el Perú, el número de intervenciones quirúrgicas representa más de 125.000 cirugías anuales y a nivel local (ESSALUD) se realizan 12.781 cirugías anuales, de las cuales 25 producen complicaciones quirúrgicas (2 mensuales).² Sin embargo a pesar del costo eficacia que puede tener la

cirugía en cuanto a vidas salvadas y discapacidades evitadas, la falta de acceso a una atención quirúrgica de calidad sigue constituyendo un grave problema en gran parte del mundo y el Perú no es ajeno a esta problemática.

Es así que, lo más frecuente es escuchar noticias como: se amputa pierna equivocada”, “entra vivo y nunca más despierta de la cirugía”, “se opera para ser bella y muere”, “la operaron de hernia y ahora no puede caminar”, situaciones que evidencian la falta de aplicación correcta de la lista de chequeo de cirugía segura, desdiciendo el propósito de la cirugía que es salvar vidas; la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables, lo cual tiene repercusiones importantes en la salud pública, dada la ubicuidad de la cirugía, en todos sus niveles .

En razón a ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que el problema de la seguridad de la cirugía está ampliamente reconocido en todo el mundo, ya que estudios realizados en países desarrollados confirman la magnitud del problema. En los países en desarrollo, el mal estado de las infraestructuras y del equipo, la irregularidad del suministro y calidad de los medicamentos, las deficiencias en la gestión organizativa en la lucha contra las infecciones, la deficiente capacidad y formación del personal, la grave escasez de recursos; son algunos factores que contribuyen a aumentar las dificultades.³

Así mismo, la organización mundial de la salud (OMS), de la mano de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, planteó en 2007 el Segundo Reto Global por la seguridad del paciente con el lema “Una Cirugía Segura Salva Vidas”. Este programa está dirigido a mejorar la seguridad quirúrgica, reduciendo las complicaciones y mortalidad asociados a la cirugía alrededor del mundo. La OMS definió una serie de objetivos para el equipo quirúrgico actuante, estableciendo la lista de chequeo de cirugía segura, como un método eficaz, sencillo, práctico y aplicable a todo procedimiento quirúrgico para mejorar la seguridad en los pacientes quirúrgicos.⁴

Para la enfermera de centro quirúrgico, este desarrollo y utilización de los listados de verificación (LVQ) es una práctica cada vez más frecuente para mejorar la seguridad de los pacientes quirúrgicos.⁵ Los datos publicados avalan que el uso del LVQ puede disminuir la tasa de complicaciones producidas.⁶⁻⁷ Además de ser una práctica que mejora la calidad y que puede ahorrar costos,⁸ su utilización puede reducir el número de demandas por mala praxis, estimándose que la utilización del LVQ podría disminuir hasta un tercio de todos los factores contribuyentes.⁹

Diversos autores manifiestan,¹⁰⁻¹² que la implantación del LVQ en un centro hospitalario es una tarea ardua que requiere claridad de objetivos y empeño por ser uno de los elementos clave para la implantación de una acción nueva y los profesionales deben considerarlo útil. Esta lista de control consta de tres etapas, a saber: identificación (antes de la inducción de la anestesia), la confirmación (antes de la incisión quirúrgica - break quirúrgica, con la presencia de todos los miembros del personal en la sala de operaciones) y Record (antes de que el paciente sale de la sala de operaciones).¹³

Así mismo en el Perú a través del Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA se aprobó incorporar el uso de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía. El Ministerio de Salud pone a disposición de todos los equipos de gestión y prestadores de las organizaciones de salud, la “Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”, con la finalidad de reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas para mejorar la seguridad de las operaciones y reducir el número de complicaciones y de defunciones quirúrgicas innecesarias ya que el uso continuo se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales y entornos y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básicas.¹⁴

Frente a todo este contexto descrito las investigadoras durante sus practicas de especialización en diferentes instituciones de la región Lambayeque observan la existencia de esta lista de chequeo, pero su llenado a pesar de tener un orden y norma se hace de diferentes maneras, algunas veces el médico le exige a la enfermera llenarlo como “ya hágalo como siempre lo hace” “Primero entramos y cuando nos desocupamos lo llena como usted sabe” otras instituciones el médico lo deja firmado o para que lo firmen incluso dejando su sello para que lo hagan, es decir la poca importancia y responsabilidad al respecto. También es necesario mencionar que en algunas instituciones se hace correctamente el llenado pero sin que el paciente lo escuche o que la enfermera lo haga saber al paciente o simplemente no se verifican los ítems y de igual manera se marcan como verificados.

Por esta razón el objetivo de esta investigación es evidenciar el cumplimiento en la verificación de la lista de chequeo para garantizar la seguridad del paciente en el quirófano, justificándose porque la presente investigación secundaria resulta importante, dado que en la actualidad, existen diferentes formas del llenado de la hoja de chequeo de cirugía segura de centro quirúrgico, siendo su relevancia los beneficios de su cumplimiento y perjuicios de la omisión, así mismo evidenciar como ejecutan la lista de chequeo de cirugía segura y que factores predisponen el incumplimiento de dicha estrategia, ya que según estudios algunos profesionales como médicos o enfermeras sí conocen que deben realizar la lista de chequeo, pero no la realizan porque simplemente la consideran una imposición, una pérdida de tiempo o incluso una interrupción en el ritmo de trabajo.

CAPÍTULO I: MARCO METODOLÓGICO

1.1. Tipo de Investigación

El tipo de investigación es secundaria, denomina así, porque se sirve de las investigaciones primarias para su desarrollo, las cuales contribuyen a la Práctica Basada en la Evidencia mediante el uso de métodos explícitos que permiten identificar, seleccionar, valorar, resumir de forma crítica, grandes volúmenes de información y agilizar el proceso de toma de decisiones.¹⁵ Estas investigaciones en su recolección de datos de estudios primarios referente a las evidencias del cumplimiento en la verificación de la lista de chequeo para garantizar la seguridad del paciente en quirófano se inicia con la formulación de la pregunta a la cual los artículos de investigación dieron respuesta. Aquí las investigadoras seleccionaron artículos relevantes a los cuales se emiten una ficha de evaluación, escogiéndose un estudio que se analiza a profundidad. Esta actividad permitió analizar la contribución del estudio y aplicar cambios en alguna práctica para beneficio del usuario de acuerdo al análisis y comentarios que se tengan de la fuente primaria.

1.2. Metodología EBE

La metodología a utilizar en la presente investigación es Enfermería Basada en la Evidencia (EBE); se puede considerar como una estrategia para que la investigación apoye la experiencia. Además, al tener en cuenta las particularidades y los valores de los pacientes, en este caso son todos las evidencias del cumplimiento en la verificación de la lista de chequeo para garantizar la seguridad del paciente en el quirófano, todo esto es un camino para disminuir sus prejuicios y maximizar los beneficios; y al ratificar la experiencia en el manejo de estas listas de chequeo por parte de cada profesional sea enfermera (o), constituyéndose un medio a través del cual se puede mejorar la toma de decisiones sobre el cuidado de los usuarios

durante la intervención quirúrgica. Es importante destacar que la EBE considera el método científico como la mejor herramienta de que dispone para conocer la realidad y expresarla de forma inteligible y sintética, reconociendo la investigación científica como la actividad capaz de generar conocimiento válido y relevante para la práctica profesional.¹⁶⁻¹⁷

El presente método consta de cinco fases que a continuación se explica:

La primera fase es **formular la Pregunta**: Aquí se realizó en base a la metodología PICOT; pregunta estructurada fundamental para poder buscar respuesta.

La estructura de la pregunta refiere que se debe describir el diseño estructurado para formular preguntas clínicas que, si bien está fundamentada en las propuestas y adaptaciones de algunos autores, ellos, incorporan una lógica levemente modificada, pues integran al contexto, las evidencias internas, la experiencia del clínico y del paciente cuando es el caso y el análisis estructurado del problema tomando como referencia un entorno clínico específico.¹⁸

Esta formulación de la pregunta en la presente investigación secundaria parte de la problemática de salud cuando los pacientes ingresan al quirófano para ser intervenidos quirúrgicamente y por norma establecida de acuerdo a la OMS, como anteriormente se refirió se tiene que verificar la lista de chequeo para garantizar la seguridad del paciente en quirófano, llenándose las tres etapas, como: identificación (antes de la inducción de la anestesia), la confirmación (antes de la incisión quirúrgica - break quirúrgica, con la presencia de todos los miembros del personal en la sala de operaciones) y Record (antes de que el paciente sale de la sala de operaciones). Todo este llenado garantizará al paciente para evitar complicaciones mayores costes de atención sanitaria, incluso aumento de la mortalidad.

Al respecto las investigadoras primero plantean su esquema PICOT, y luego formulan la siguiente pregunta clínica: ¿Cuáles son las evidencias del cumplimiento en la verificación de la lista de chequeo para garantizar la seguridad del paciente en quirófano?

La segunda fase es la **búsqueda de artículos**: Se ejecutó mediante una revisión exhaustiva, sistemática, utilizando ecuaciones de búsqueda con palabras claves como: Evidencias, cumplimiento, verificación, lista, chequeo, seguridad, paciente y quirófano. Todos estos documentos secundarios, contienen datos e información de documentos primarios apareciendo como resúmenes, siendo los datos bibliográficos la fuente de información secundaria.¹⁹

Esta fuente de datos primarios sirvieron a las investigadoras para revisar en todos ellos las evidencias que existen en el cumplimiento y verificación de la lista de chequeo para garantizar la seguridad del paciente en quirófano, Se realizó la búsqueda en bases de datos como: Biblioteca Virtual de Salud (PVS), disponible en la red, google académico, Cochrane, Scielo, PubMed, y otros; recopilándose 85 artículos científicos los cuales fueron seleccionados por tiempo de antigüedad, algunos incompletos, idiomas, y otros por ser solo referencias o solicitud de compra, de todos ellos se seleccionaron solo 10 artículos que fueron validados por el check list de Gálvez Toro, seleccionándose solo 01 que servirá para el análisis crítico.

La **evaluación de la calidad de la investigación** como tercera fase de la EBE. En este paso se realiza la validez y utilidad de los hallazgos, es decir a los 10 artículos se aplicó la lista de chequeo de Gálvez Toro, para tener la certeza de su utilidad para la investigación propuesta: Evidencias del cumplimiento en la verificación de la lista de chequeo para garantizar la seguridad del paciente en quirófano. Cabe mencionar que se analizaron solo 10 artículos de los 85, encontrados, como se muestran en los cuadros posteriores. En esta evaluación es entender que ya se formula una pregunta clínica relevante, encontrando evidencias con recursos documentales y a la

vez, tomando decisiones importantes hacia una información científica con tablas estructuradas.²⁰

Las investigadoras al seleccionar 10 artículos relacionados con la lista aparente mencionada pudieron elegir solo uno que servirá para resolver su pregunta clínica planteada mencionada anteriormente. A este artículo se aplicará la guía de lectura crítica de artículos de salud de acuerdo a su metodología.

Implementación o aplicación de resultados como cuarta fase. Después de analizar los resultados y considerarlos válidos, debemos planificar la implementación de los cambios. Se puede considerar a todas las Guías de Práctica Clínica (GPC) por ser herramienta matizadas para facilitar el proceso de implementación, ya que constituyen un puente de unión vital entre la práctica y la teoría y debe ser evaluado en relación con el contexto en el que se proporciona el cuidado del paciente y en el que influyen factores individuales y organizativos,²¹ en la lectura crítica el clínico tendrá la capacidad y el criterio para valorar de forma rápida la “validez aparente” por ser evidencia nueva que se le propone a la práctica procediendo de una investigación clínica relevante. En esta etapa las investigadoras deben lograr ejecutar su propuesta, sus metas y evaluación de acuerdo a sus indicadores de cambio sobre las evidencias del cumplimiento en la verificación de la lista de chequeo para garantizar la seguridad del paciente en quirófano, de tal manera que no lo lleve a riesgos de sufrir complicaciones que a su vez tendrá hospitalización prolongadas, riesgo de muerte y/o problemas legales por la falta de verificación de la lista de chequeo quien le asegurará al paciente y personal profesional en todo momento su integridad.

Finalmente el paso cinco, **es la evaluación del proceso de la EBE** que consiste en evaluar las consecuencias de la aplicación de la intervención elegida. Para la práctica de enfermería es importante determina la retroalimentación entre investigación y clínica. Evaluar la repercusión de los cambios introducidos en la práctica, identificar si éstos han sido o no

efectivos. La situación ideal es que la evaluación se lleve a cabo analizando resultados sensibles a las intervenciones de enfermería, con la finalidad de estimar los beneficios, daños y costos de las intervenciones.²²

Cabe mencionar que las investigadoras no ejecutarán estos últimos pasos porque en las instituciones donde laboran, primero se tendrá que verificar como es el llenado de la lista de chequeo para garantizar la seguridad del paciente, y de acuerdo a experiencias encontradas se tendrá que exigir el cumplimiento con normas y/o como protocolo, además se tendrá que aunar diferentes experiencias buenas y malas para que se norme esta lista de acuerdo a momentos y pasos descritos.

1.3. Formulación de la Pregunta según Esquema PICOT

Cuadro N°02 Formulación de la Pregunta y Viabilidad		
P	Paciente Problema	o Omisión en la verificación de la lista de chequeo que no garantiza la seguridad del paciente en quirófano.
I	Intervención	Escaso cumplimiento en la verificación de la lista de chequeo.
C	Comparación Control	o Cumplimiento de la verificación de la lista de chequeo.
O	Outcomes Resultados	o Corroborar el correcto llenado de la lista de chequeo como contribución para la seguridad del paciente. Facilitar comunicación entre el equipo de salud. Garantizar la seguridad del paciente en quirófano.
T	Tipo de diseño de Investigación	Estudio metodológico, con enfoque cuantitativo.

¿ Cuáles son las evidencias del cumplimiento en la verificación de la lista de chequeo para garantizar la seguridad del paciente en quirófano?

1.4. Viabilidad y Pertinencia de la Pregunta

Esta pregunta tiene viabilidad y pertinencia porque se busca la evidencia hallar todas las evidencias existentes en el cumplimiento de la verificación de la lista de chequeo en las diferentes instituciones de salud para garantizar la seguridad del paciente en el quirófano, así mismo la contribución de esta investigación es disminuir su riesgo de complicación o mortalidad del paciente en el quirófano o riesgos existentes tanto para el profesional enfermera (o) encargado del llenado correcto de estas tres etapas existentes. Así mismo, el beneficio primero del paciente por su corta estancia hospitalaria al no tener complicaciones por errores durante la cirugía de tal forma disminuirá sus gastos económicos y como beneficio de la institución en disminuir gastos por complicaciones del paciente por falta de llenado correcto y tiempos que la lista de verificación presenta. Como pertinencia de la pregunta planteada unificar los criterios para el buen llenado de la lista recomendada por la OMS.

1.5. Metodología de Búsqueda de Información

A la búsqueda se hizo en base de datos de artículos de investigación: Pubmed, BVS, Scielo Y Google Académico, Cochrane, entre otros, el período de búsqueda aproximadamente fue de 01 mes. Esta búsqueda tuvo limitaciones porque muchos de los artículos científicos contaban con mucha antigüedad, otros se encontraban incompletos, así mismo, algunos no se pudieron descargar por falta de pago y otros por estar en idioma difícil de traducir, como también algunos fueron tesis que no tuvieron buenas conclusiones, utilizandose palabras clave como:

Cuadro N° 03 - Paso 1: Elección de las Palabras Claves			
PALABRA CLAVE	INGLÉS	PORTUGUÉS	SINÓNIMO
EVIDENCIAS	EVIDENCE	Evidência	Certeza, convicción, seguridad.
CUMPLIMIENTO	FULFILLMENT	Conformidade	Observancia, acatamiento, obediencia.
VERIFICACIÓN	CHECK	Verificação	Comprobación, confirmación, demostración, constatación, corroboración.
LISTA	LIST	Lista	Registrar, enumerar, catalogar.
CHEQUEO	CHECK	Checkup	Revisión, exploración, comprobación, cotejo, exámen.
SEGURIDAD	SECURITY	segurança	Fe, certeza, confianza, convicción, convencimiento, esperanza, validación, subsistencia, firmeza, garra.
PACIENTE	PATIENT	paciente	Enfermo, doliente, aquejado
QUIRÓFANO	QUIROPHAN	quirophan	Escenario, sala de operaciones.

Cuadro N° 04 - Paso 2: Registro Escrito de la Búsqueda				
Base de datos consultada	Fecha de la búsqueda	Estrategia para la búsqueda o Ecuación de búsqueda	N° de artículos encontrados	N° de artículos seleccionados
BVS	23/10/17	tw:(listado de verificación de seguridad quirúrgica) AND (instance:"regional") tw:(lista de chequeo en cirugía) AND (instance:"regional") tw:(listado de verificación quirúrgica) AND (instance:"regional") tw:(seguridad del paciente en el quirófano) AND (instance:"regional")	15	3

PUBMED	23/10/17	cirugia[All Fields] AND segura[All Fields] ("checklist"[MeSH Terms] OR "checklist"[All Fields]) AND implementation[All Fields]	21	1
MEDILINE - PUBMED	10/11/17	("safety"[MeSH Terms] OR "safety"[All Fields]) AND ("surgical procedures, operative"[MeSH Terms] OR "surgical"[All Fields] AND "procedures"[All Fields] AND "operative"[All Fields]) OR "operative surgical procedures"[All Fields] OR "surgical"[All Fields]) AND ("checklist"[MeSH Terms] OR "checklist"[All Fields])	49	6
TOTAL			85	10

Cuadro N° 05 - Paso 3: Ficha para Recolección Bibliográfica					
Autor (es)	Título Artículo	Revista (Volume, año, número)	Link	Idioma	Método
1. Francine Taporosky Alpendre Elaine Drehmer de Almeida Cruz Ana Maria Dyniewicz Maria de Fátima Mantovani Ana Elisa Bauer de Camargo e Silva Gabriela de Souza dos Santos.	Cirugía segura: validación de checklist pre y postoperatorio ¹	Rev. Latino-Am. Enfermagem 2017;25:e2907	http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2907.pdf	Español	Estudio metodológico con enfoque cuantitativo

2. Constanza Collazos, Liliana Bermudez, Alvaro Quintero, León E. Quintero y Marcela M. Díaz	Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente	Revista Colombiana de Anestesiología Colombiana Journal of Anesthesiology y www.revcolanest.com.co	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120334713000038	Español	Estudio de corte transversal
3. Barrios Arotoma, Rocío Litano Torres, Magali Moisés Gómez, Marisol Yoshy	Cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la especialidad de traumatología en un hospital nacional de lima, 2017	Repositorio Institucional Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2017	http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/437	Español	El estudio es de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, prospectivo y de diseño no experimental
4. M.I. Rodrigo Rincón, B. Tirapu León, P. Zabalza López, M.P. Martín Vizcaino, A. de La Fuente Calixto, P. Villalgordo Ortín, L. Domench Mañero y J. Gost-Garde.	Percepción de los profesionales sobre la utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica	Rev Calid Asist. 2011;26(6):380-385	http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-percepcion-los-profesionales-sobre-utilizacion-S1134282X11000625	Español	Estudio descriptivo transversal
5. M.D. Menéndez Fraga, M.A.	Cumplimiento del listado de	Rev Calid Asist. 2016;31(S):2	https://www.sciencedirect.com/	Español	Estudio retrospectivo. Periodo de

Cueva Álvarez, M.R. Franco Castellanos, V. Fernández Moral , M.P. Castro del Río, J.I. Arias Pérez, A. Fernández León y F. Vázquez Valdés	verificación quirúrgica y los eventos quirúrgicos detectados mediante la herramienta del Global Trigger Tool_	0-23	science/article/pii/S134282X16300343		estudio: 2011-2014
6. Ana Paula Pancieri; Bruna Santos Pegorer; Marla Andreia Garcia de Avila ; Eliana Mara Braga	Lista de verificación para la cirugía segura: análisis de la seguridad y la notificación de un hospital de equipos de la escuela	Rev. Gaúcha Enferm. vol.34 no.1 Porto Alegre Mar. 2013 http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100009	http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000100009&script=sci_abstract&tlng=es	Español	Estudio de campo, descriptivo, analítico con abordaje cualitativo
7. Dres. Sparks EA, WehbeJane k H, Johnson RL, Roy Smythe W.	Cumplimiento de la lista de verificación de seguridad quirúrgica	IntraMed Papaconstantinou HT. J Am Coll Surg 2013; 217(5): 867873.e	http://www.intramed.net/content/over.asp?contentID=82376	Español	Estudio retrospectivo es un estudio observacional
8. Justo Delzo, Marisol Paredes Campos.	Eficacia del uso de la lista de verificación checklist para disminuir los eventos adversos en	Trabajo académico para optar el título de enfermero especialista en enfermería en centro quirúrgico	http://repositorio.uwperu.edu.pe/bitstream/handle/123456789/656/ESP/ECIALIDA	Español	Revisión Sistemática observacional y retrospectivo

	pacientes sometidos a cirugía		D%20-%20%20J USTO%20 DELZO%20 oMARISO L.pdf?sequence=1&isAllowed=y		
9. Cahuaringa cupe, Betsabe, Nancy Sotelo Cabrera, Maruja Paola Vivar Reyes.	De la lista de verificación de cirugía segura en un hospital nacional de Lima, 2016	Universidad Cayetano Heredia. Trabajo académico para optar el título de segunda especialidad en enfermería en centro quirúrgico especializado	http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/654	Español	Estudio de enfoque cualitativo de tipo descriptivo,
10. Reuben Tang.	Listas de control de seguridad quirúrgica: una revisión.	Universidad de Nueva Gales del Sur.	https://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ans.12168	Español	Búsqueda Bibliográfica

1.6. Síntesis de la Evidencia Encontrada a través de la Guía de Validez y Utilidad Aparentes de Gálvez Toro:

Cuadro N° 06: Síntesis de la Evidencia			
Título del Artículo	Tipo de Investigación- Metodología	Resultado	Decisión
1. Cirugía segura: validación de checklist pre y postoperatorio ¹	Cuantitativo, tipo descriptivo, prospectivo y de diseño no experimental	Responde a las 5 preguntas	Pasa la lista
2. Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente.	Estudio de corte transversal	Responde solo a 4 preguntas	No se puede emplear
3. Cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la especialidad de traumatología en un hospital nacional de lima, 2017	Estudio metodológico, con enfoque cuantitativo	Responde solo a las 3 preguntas	No se puede emplear por solo un proyecto de investigación
4. Percepción de los profesionales sobre la utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica.	Estudio descriptivo transversal	Responde solo a 4 preguntas	No se puede emplear
5. Cumplimiento del listado de verificación quirúrgica y los eventos quirúrgicos detectados mediante la herramienta del Global Trigger Tool.	Estudio retrospectivo. Periodo de estudio: 2011-2014	Responde solo a 4 preguntas	No se puede emplear

6. Lista de verificación para la cirugía segura: análisis de la seguridad y la notificación de un hospital de equipos de la escuela.	Estudio de campo, descriptivo, analítico con abordaje cualitativo	Responde solo a 4 preguntas	No se puede emplear
7. Cumplimiento de la lista de verificación de seguridad quirúrgica.	Estudio retrospectivo es un estudio observacional	Responde solo a 4 preguntas	No se puede emplear
8. Eficacia del uso de la lista de verificación checklist para disminuir los eventos adversos en pacientes sometidos a cirugía	Revisión Sistemática observacional y retrospectivo	Responde solo a 4 preguntas	No se puede emplear
9. De la lista de verificación de cirugía segura en un hospital nacional de lima, 2016	Estudio de enfoque cualitativo de tipo descriptivo	Responde solo a 4 preguntas	No se puede emplear
10. Listas de control de seguridad quirúrgica: una revisión.	Búsqueda Bibliográfica	Responde solo a 3 preguntas	No se puede emplear
FUENTE: Gálvez A. Enfermería Basada en la Evidencia			

1.7. Listas de Chequeo Específicas a Emplear para los Trabajos Seleccionados:

Cuadro N° 7: Lista de Chequeo según Artículo y Nivel de Evidencia			
Título del Artículo	Tipo de Investigación Metodología	Lista a emplear	Nivel de evidencia
1. Cirugía segura: validación de checklist pre y postoperatorio ¹	Enfoque cuantitativo con diseño metodológico descriptivo, prospectivo	Guía de lectura crítica de artículos originales en salud de Bobenrieth Astete MA.	Según la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) encontramos que el nivel de evidencia del trabajo de 2 ++ y su grado de recomendación es A (Alta) . Es buena evidencia porque los beneficios superan ampliamente los riesgos, además para recomendar o desestimar su utilización.
Tomado de A.J. Jover y MD Navarro- Rubio. Med. Clin. (Barcelona). 1995			

CAPÍTULO II: DESARROLLO DEL COMENTARIO CRÍTICO

2.1. Artículo para Revisión

Cirugía segura: validación de checklist pre y postoperatorio¹

a. Título de la Investigación Secundaria que Desarrollará:

Evidencias del cumplimiento en la verificación de la lista de chequeo para garantizar la seguridad del paciente en quirófano.

b. Revisor:

Lic. Enf. Castañeda Barón María Ivette

Lic. Enf. Fuentes Ramírez Mayra Vanessa

Lic. Enf. Vásquez Herrera Amelia

c. Institución: Universidad católica Santo Toribio de Mogrovejo. Escuela de Enfermería - Chiclayo - Perú.

d. Dirección para Correspondencia:

iveth13_88@hotmail.com

mavafuentes@gmail.com

amelia_yair2012@hotmail.com

e. Referencia Completa del Artículo Seleccionado para Revisión:

1. Francine Taporosky Alpendre.
Estudiante de doctorado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil. Enfermera, Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.
2. Elaine Drehmer de Almeida Cruz.
PhD, Profesor Adjunto, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.
3. Ana Maria Dyniewicz.
PhD, Profesor, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

4. Maria de Fátima Mantovani.
PhD, Profesor Asociado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.
5. Ana Elisa Bauer de Camargo e Silva.
PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.
6. Gabriela de Souza dos Santos.
Estudiante de Maestría, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil. Enfermera, Instituto De Neurologia de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil.

f. Resumen del Artículo Original:

El presente artículo parte de la disertación de maestría “Cirugía Segura: validação de checklist pré e pós operatório”, presentada en la Universidad Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil. Dentro de su marco teórico como introducción parte de todos los procesos de toma de decisiones de los enfermeros abarcan el conocimiento en el área de cuidado y manejo, con énfasis en el cuidado del paciente. Siendo el hito inicial, la demostración de los beneficios de utilizar un *checklist* para la seguridad de los pacientes quirúrgicos. Mencionan que este estudio fue realizado por expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en ocho países (Canadá, India, Jordania, Filipinas, Nueva Zelanda, Tanzania, Inglaterra, y EE.UU). Se investigó un total de 7.688 pacientes, de los cuales 3.733 fueron investigados antes de utilizar el *checklist* y 3.955 después de llenar el *checklist*, lo que evidenció una reducción del 36% en las complicaciones quirúrgicas, el 47% en la mortalidad, el 50% en las tasas de infección y el 25% en la necesidad de una nueva intervención quirúrgica. Se concluyó que el uso del *checklist* prácticamente duplicó la posibilidad de utilizar estándares de cuidado seguros durante el tratamiento quirúrgico de los pacientes.

Estos investigadores revisaron estudios de diferentes bases de datos y compararon con los propuestos de la OMS, comentando que algunos estudios solo es una práctica alentada por reducir los errores, convirtiéndose así en sinónimo de las mejores prácticas en contextos de alto riesgo. Estas herramientas de verificación pueden revolucionar la forma en que el conocimiento se pone en práctica, además de ser un recurso básico y de coste irrisorio para los servicios de salud.

Su justificación es la necesidad de un checklist específica para el pre y postoperatorio en unidades de hospitalización quirúrgica, para verificar la preparación adecuada del paciente antes de su envío al centro quirúrgico, así como signos predictivos de complicaciones postoperatorias, siendo el objetivo de este estudio desarrollar, evaluar y validar un checklist de seguridad quirúrgica para los períodos pre y postoperatorio de unidades de hospitalización quirúrgica.

Su diseño metodológico, fue un enfoque cuantitativo, realizado en un amplio hospital público de enseñanza, situado en la Región Sur de Brasil, de marzo de 2013 a octubre de 2014, teniendo como sujetos de investigación o participación a 16 enfermeros de ocho servicios quirúrgicos (Ortopedia y Traumatología, Cirugía General, Sistema Digestivo, Cirugía Urología, Cirugía Plástica, Trasplante de Hígado, Cirugía Pediátrica y Neurocirugía).

Como Intervención fue la evaluación y la validación del checklist para los períodos pre y postoperatorio (CSQPP) fueron guiados por los principios del Programa Cirugía Segura Salva Vidas de la OMS: Simplicidad, aplicabilidad y capacidad de medición de instrumento del tipo checklist a la cirugía segura. Su implantación siguió las propuestas de gestión de calidad, en consonancia con el modelo utilizado en el hospital enfocado en esta investigación, según las fases del Ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act). Como factor de riesgo fue el llenado de datos del instrumento de recolección de datos denominado Formulario de Expertos y se componía de 23 preguntas,

distribuidas en tres bloques, según la escala de Likert, con los siguientes pesos: (-2) Totalmente en Desacuerdo, (-1) Desacuerdo, (0) Indiferente, (+1) De Acuerdo y (+2) Totalmente de Acuerdo.

Recogieron sus datos de acuerdo a los bloques, siendo el primer bloque, con nueve preguntas, la evaluación se centró en la efectividad y comprensión de la redacción de los ítems, aplicación a la práctica y contribución a la construcción del conocimiento. En el segundo bloque, con ocho preguntas, se evaluó el contenido de las preguntas relacionadas con la seguridad del paciente, la necesidad de inclusión y/o exclusión de ítems, las contribuciones del instrumento a la planificación del cuidado y la posibilidad de su replicación. En el tercer bloque, con seis preguntas, la evaluación se centró en el contenido, la forma, la aplicabilidad y la credibilidad del checklist. En el lado de las 23 preguntas, había un espacio específico para escribir los comentarios de los expertos.

Las principales medidas de resultados fue el desarrollo del estudio siguiendo las normas nacionales e internacionales de ética en investigación en seres humanos, y fue aprobado por el Comité de Ética bajo el número 546.183. La confidencialidad de las enfermeras y de los especialistas fue asegurada por la ausencia de identificación en todo el proceso de recolección de datos. Como resultados fueron las 16 enfermeras que participaron en la investigación, todas del sexo femenino, con una edad media de 40 años, posgrado y más de 10 años de vínculo laboral en el hospital investigado, trabajaban en puestos de atención y/o gerencia en las unidades quirúrgicas.

Los resultados de la investigación metodológica se presentan de acuerdo con la progresión y aplicación del Ciclo PDCA y sus respectivas fases:

1. P (Plan) - Fase de Planificación: Se realizaron las tres reuniones con las enfermeras participantes de la investigación, entre marzo y abril de 2013,

cuando fueron escritos y aprobados los Planes de Acción para la elaboración y posterior realización del test piloto del checklist.

2. D (Do) - Fase de Desarrollo: En las reuniones con las enfermeras, los principales elementos de la asistencia prestada al paciente en el pre y postoperatorio en la práctica clínica fueron listados. Las relaciones de atención proporcionadas por las enfermeras resultaron en el diseño preliminar de la versión 1 del *checklist*, seguida de talleres para la mejora de esa versión, resultando en la versión 2 del instrumento. Esta fase tuvo lugar entre junio de 2013 y marzo de 2014.

3. C (Check) - Fase de Verificación; La versión 2 del checklist fue sometida a evaluación y cambios en la forma y contenido, mediante una prueba piloto, con aplicación y llenado de 450 checklists, en ocho servicios quirúrgicos de internación, de abril a mayo de 2014. Después del análisis de los resultados del instrumento, se realizaron los cambios necesarios y sugeridos por las enfermeras participantes, resultando en la versión 3, denominada Checklist de Seguridad Quirúrgica en los periodos Pre y Postoperatorio (CSQPP).

4. A (Act) - Fase de Acción; Después de la fase de evaluación y construcción del CSQPP, se inició la selección y reclutamiento de los expertos para la validación de su forma y contenido, por medio del método Delphi en línea. En cuanto al proceso de formación del grupo de expertos brasileños, 16 profesionales fueron contactados a partir de la carta de invitación, de los cuales ocho aceptaron formar parte de este estudio.

De todas esta progresión y aplicación los autores concluyeron que el desarrollo de este estudio permitió la elaboración, evaluación y validación del CSQPP para la seguridad quirúrgica, sobre a la base de las directrices y objetivos del Programa Cirugía Segura Salva Vidas, de la OMS. Por consenso entre los participantes, se consideró que esta herramienta es capaz de ayudar a las enfermeras en su práctica clínica.

Al término de esta investigación, el CSQPP fue estandarizado para su uso en la institución. El CSQPP favorece la adopción de acciones preventivas, así como el monitoreo de signos y síntomas de alerta, la detección temprana de complicaciones y la minimización de riesgos para el paciente. Este instrumento también contribuye a la planificación de las intervenciones de enfermería y la mejora de la comunicación entre el equipo multiprofesional sobre la atención prestada. El resultado de esta investigación puede constituir un instrumento efectivo y eficaz para la seguridad del paciente quirúrgico, además de ser adaptable a otros contextos de la asistencia sanitaria.

La aplicación del checklist en un único hospital público y de enseñanza fue una limitación de este estudio. Se recomienda utilizar este instrumento en otros servicios de salud y, cuando sea necesario, su ajuste de acuerdo el contexto de la institución.

Entidad financiadora de la investigación y declaración de conflictos de interés. Los autores no mencionan entidad financiadora ni conflictos de intereses.

E-mail de correspondencia de los autores del artículo original

Francine Taporosky Alpendre Universidade Federal do Paraná Av. Prefeito Lothario Meissner, 632 Jardim Botânico CEP: 80210-170, Curitiba, PR, Brasil E-mail: franalpendre@gmail.com

Palabras Clave:

Cumplimiento, aplicación, lista de verificación de cirugía segura.

2.2. Comentario Crítico

La investigación seleccionada corresponde a un estudio metodológico, con enfoque cuantitativo, realizado en un amplio hospital público de enseñanza, situado en la Región Sur de Brasil, de marzo de 2013 a octubre de 2014. Para realizar su comentario crítico las investigadoras utilizaran la guía de lectura crítica de artículos originales en salud de Astete B.²³ Esta guía está dividida en cuatro fases: Fase conceptual que consta de siete pautas, la fase planificación con cuatro pautas, la fase empírica con seis pautas y la fase Interpretativa con dos pautas, haciendo un total de 138 pautas detalladas. (Anexo N°4), cada pauta cuenta con una variedad de ítems como se muestra en su presentación, ayudando a las investigadoras a evaluar cada uno de los ítems y obtener la calidad metodológica del artículo seleccionado. Según la lista de valoración crítica, para el texto de opinión, se muestra lo siguiente:

Cirugía segura: Validación de Checklist Pre y Postoperatorio¹

El artículo original está en idioma portugués y español siendo muy claro de entender. El título es lo que identifica la investigación, por ello es necesario que refleje el área temática que se propone investigar. Por lo cual, éste es una definición abreviada o reducida del problema que se pretende estudiar, por lo que se debe delimitar y concretar, además de ser claro y transparente en la formulación del mismo. Al respecto, Ramírez²⁴ plantea que el título es “una especie de envoltura de un producto, ya que es lo primero con lo que se entra en contacto el potencial consumidor del mismo”, entonces, se observa que este aspecto de la investigación es de gran importancia, porque es lo primero que observan las personas, con lo cual las mismas pueden intuir si es lo que anda buscando o no.

Las investigadoras contrastan con autores como Jiménez²⁵ al manifestar que existen algunas inquietudes en cuanto la confección de títulos adecuados para artículos científicos, una de ellas se refiere a que no hay magias triviales para elaborar buenos títulos, con lo cual se evita confundir con soluciones

sobrenaturales; al igual no existen nuevos indicios sobre formas preestablecidas para nombrar con exactitud el trabajo realizado, pues cada título debe contener la esencia de un asunto en particular, ser lo suficientemente atractivo para sobresalir en la superabundancia informativa contemporánea y revelar el ingenio semántico para sintetizar en pocas palabras la verdadera naturaleza del fenómeno investigado, independientemente de su extensión.

Sin embargo el título de esta investigación es claramente indicativo son claras sus variables en el título como: Cirugía segura, checklist pre y postoperatorio, y validación. Se denomina variable a todo aquello que tiene características propias que la distingue de lo demás, que es susceptible de cambio o modificación y la podemos estudiar, controlar o medir en una investigación.²⁶

Cabe mencionar que presentan superíndice narrándolo dentro de la dirección de los autores haciendo parecer ser uno más de los autores. Sin embargo es necesario saber que estos numeritos pequeños se utilizan para señalar la bibliografía, pero los autores lo describen como: Artículo parte de la disertación de maestría “Cirugía Segura: validação de checklist pré e pós operatório”, presentada en la Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil, queriendo aclarar que dicha investigación está en su idioma portugués y el lugar exacto donde lo realizaron.

El título no es conciso de acuerdo a la guía, sugiere 15 palabras y este artículo solo presenta 8 características claras como descriptores como: Cirugía segura, validación, checklist, pre y post operatorio, no usando palabras completas, por escribir la palabra pre, debiéndose colocar prooperatorio y post operatorio. Se destaca en este comentario que el número de característica no tiene consenso porque según Gutiérrez²⁷ afirma que los límites sugeridos como válidos marcan la pauta, pero no la esquematizan; pudiendo ser 20 hasta más características, sin embargo, este título es muy

afirmativo, incluso es partido al colocar dos puntos, no usa jerga, es claro, y tampoco usan términos vanos, ni hay sobre explicación.

En cuanto a los autores son de origen brasilero en número de 6, observándose muy responsables al colocar lugar y cargo que desempeñan, presentando autoría completa algunos mencionando que algunos de ellos son maestrantes en la especialidad. Sus nombres son completos de acuerdo a su país, universidades y hospitales, presentan dirección de postal.

Al respecto Day₂₈ sostiene que en la lista de autores debe incluir a aquellos que contribuyan realmente a la concepción general y la ejecución de la investigación, además los autores deben enumerarse por orden de importancia, reconociendo al primero como autor principal, al segundo como principal asociado y al tercero igual que el segundo, pero con referencia de una participación menor, en cuanto a autoría estos autores muestran con la asignación del número a la institución donde pertenecen y el cargo que desempeñan.

Así mismo, Silva₂₉ al referirse a los autores refiere que no existe un límite aceptable de autores, en otras palabras, la autoría múltiple sobrecarga el sistema de disseminación de información científica, por tanto, no debe permitirse más que en caso sea estrictamente necesario. La autoría es completa, usa nombres completos, no usa iniciales, las autoras de este artículo mencionan pertenecer a la misma universidad de Universidad Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil. Enfermeras y profesores, así mismo uno de los autores es maestrante en enfermería, No presentando correo electrónico solamente el acceso como citarlo.

Otro elemento importante es el resumen, es una expresión abreviada del artículo que contiene la síntesis del tema seleccionado, el objetivo general, es la base teórica que lo sustenta, la metodología empleada, así como las técnicas e instrumentos de recolección de datos utilizados, como se

presentaran y analizaran los resultados que se obtengan en el campo, así como las conclusiones a las que se llegaron. Según lo señalan algunas literaturas el resumen debe contener entre 150 a 250 palabras.³⁰

Así mismo este resumen es completo, permitiendo identificar el contenido básico de forma rápida y exacta, además de responder las 13 preguntas que describe Astete²³ para realizar el análisis crítico. Se identifica rápido lo que se quiere investigar. Estos autores presentan su resumen claro, conciso, describen el objetivo como: desarrollar, evaluar y validar un checklist de seguridad quirúrgica para los períodos pre y postoperatorio de unidades de hospitalización quirúrgica entendiéndose la hipótesis que plantean. Es necesario mencionar que toda hipótesis³¹ es una suposición por lo que necesariamente tiene que depender de variables. Presenta un solo párrafo, además sus resultados son claros, describiendo hasta el nombre del hospital don se realizó la investigación.

Sus conclusiones está descrita muy clara a lo que esperaron encontrar, es necesario mencionar que toda conclusión es relevante porque ayuda a descubrir nuevos conocimientos a la verdad. A la conclusión le llaman también síntesis y no es más que la interpretación final de todos los datos con los cuales se cierra la investigación iniciada “Sintetizar es recomponer lo que el análisis ha separado, integrar todas las conclusiones y análisis parciales en un conjunto coherente que cobra sentido pleno.³²

Así mismo su resumen, cuentan con 169 palabras, y los porcentajes de sus resultados están descritos con valores y proporciones, no evidenciándose abreviaturas, y escrito en un solo texto, igualmente no hay citas bibliográficas, ni existe nombre de productos farmacéuticos.

Las investigadoras admiten que el resumen es importante por ser el primer encuentro del lector con el contenido de la investigación. Citando a Burns³³, concreta su comentario cuando describe que todo resumen permite

identificar la validez y el interés científico de la publicación al lector como se muestra en este artículo de revisión.

Astete B.²³ en su lectura crítica de artículos originales describe, que en esta pauta para evaluar la introducción debe presentar claramente el qué y el porqué de la investigación, captando la atención del lector desde el párrafo, invitándolo a seguir leyendo con estilo unívoco o particular, lo que claramente nos demuestra este artículo de revisión que su estilo es directo es claro, el que es referente a su hipótesis y por qué para mejorar el uso de las listas propuestas por la OMS, invita al lector a seguir leyendo porque su estilo es muy claro, cita autores de otros artículos para contrastar la investigación, primero presentan su campo y luego citan a la OMS, para continuar con otras investigaciones.

Concretando esta pauta las investigadoras contrastan con autores como Artiles,³⁴ porque refiere que se debe identificar nítidamente el problema y encuadrarlo en el momento actual captando así la atención del lector desde el párrafo introductorio e invitando al lector a seguir leyendo como se muestra en este artículo de revisión.

El problema de investigación en la presente investigación, se identifica y se define en la medida que el fenómeno bajo estudio está claramente formulado y delimitado, Citando a Cobo³⁵ refiere que el problema de investigación, debe mencionar los antecedentes del problema, y a su vez favorecer las posibilidades del investigador a expresar su importancia, sin omisión haciéndolo importante y susceptible de observación y medición. El tema es muy actual y muy susceptible de continuar midiéndose como se usan estas listas y como se asegura al paciente quirúrgico. Tema que las investigadoras también citan a la OMS por hallar la mejor seguridad del paciente quirúrgico, Es muy probable de seguir usándose.

Esta revisión bibliográfica de esta investigación, es actual y propia para esta investigación partiendo desde el año 2009 hasta el 2016. Cabe mencionar que esta investigación la terminaron en el año 2016 y la publicaron en el 2017; a su vez muy relevante por tratarse de bibliografías solo del problema planteado, todas ellas relacionadas con la investigación, empezando su gama con la OMS, para luego citar otras investigaciones de diferentes países. Además esta revisión fue tan exhaustiva porque permitieron conocer el estado de arte como algo más que una simple técnica; una indagación de nuevos sentidos, que trasciende el nivel descriptivo de los datos para establecer nuevas relaciones de interpretación entre las categorías del objeto de estudio en las distintas producciones investigativas y crear nuevas miradas de investigación y formación.³⁶

Todas las dudas están claramente identificadas, tienen lógica organizativa, y cada referencia se justifica con cada cita con la referencia que hacen. Por lo tanto en el caso de los trabajos de investigación, una bibliografía es especialmente importante para confirmar las áreas específicas de la investigación y para mitigar las acusaciones de plagio.³⁷

El marco teórico,³⁸ marco referencial o marco conceptual tiene el propósito de dar a la investigación un sistema coordinado y coherente de conceptos y proposiciones que permitan abordar el problema. "Se trata de integrar al problema dentro de un ámbito donde éste cobre sentido, incorporando los conocimientos previos relativos al mismo y ordenándolos de modo tal que resulten útil a nuestra tarea".

En esta investigación, no es aislada se vincula directamente con teorías existentes, es adecuado para el problema desarrollándose en forma muy lógica y comprensible comparándose con el aporte de Hernández Sapiere³⁹ y otros al destacar las siguientes funciones:

✓ Orientar hacia la organización de datos y hechos significativos para descubrir las relaciones de un problema con las teorías ya existentes.

- ✓ Evitar que el investigador aborde temáticas que, dado el estado del conocimiento, ya han sido investigadas o carecen de importancia científica.
- ✓ Guiar en la selección de los factores y variables que serán estudiadas en la investigación, así como sus estrategias de medición, su validez y confiabilidad.
- ✓ Prevenir sobre los posibles factores de confusión o variables extrañas que potencialmente podrían generar sesgos no deseados.
- ✓ Orientar la búsqueda e interpretación de dato.

Como se mencionó al inicio dentro del marco teórico están las acciones de manejo y la toma de decisiones de la enfermera (o), relacionadas con la seguridad del paciente para la predicción y reducción de complicaciones, la detección temprana de los agravamientos y eventos adversos en el período postoperatorio, además del hito inicial, que demostró los beneficios de utilizar un checklist para la seguridad de los pacientes quirúrgicos, fue un estudio realizado por expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en ocho países.

Autores como Ander-Egg E₄₀ nos dice que en el marco teórico o referencial "se expresan las proposiciones teóricas generales, las teorías específicas, los postulados, los supuestos, categorías y conceptos que han de servir de referencia para ordenar la masa de los hechos concernientes al problema o problemas que son motivo de estudio e investigación". En este sentido, "todo marco teórico se elabora a partir de un cuerpo teórico más amplio, o directamente a partir de una teoría. Para esta tarea se supone que se ha realizado la revisión de la literatura existente sobre el tema de investigación como fue la validación de checklist pre y postoperatorio como cirugía segura.

La variable seleccionada en este estudio es la validación de checklist antes de la inducción anestésica, antes de la incisión quirúrgica y al final de la cirugía, antes de que el paciente salga del quirófano. Variable seleccionada

por la OMS aplicable en un centro quirúrgico, es decir, para los momentos peri operativa (antes, durante y después de la cirugía). Cabe mencionar a Hernández, Fernández y Baptista al señalar que la variable₄₁ es una característica, cualidad o propiedad de un hecho o fenómeno que tiende a variar (puede adquirir diferentes valores) y que es susceptible de ser medida o evaluada. En este contexto estas variables son independientes al mencionar la validación del checklist y la dependiente será promover o evitar la complicación que el paciente pueda tener.

Estas variables están asociadas pero no mencionadas con nombres definidos como dependientes o independientes, pero si el lector las puede distinguir, porque al comparar diferentes estudios concluyeron que el checklist de seguridad quirúrgica se considera instrumentos para coordinar la asistencia, promover la unión del equipo y reducir las complicaciones postoperatorias.

En cuanto a los objetivos e hipótesis partieron de su objetivo como: desarrollar, evaluar y validar un checklist de seguridad quirúrgica para los períodos pre y postoperatorio de unidades de hospitalización quirúrgica. Las hipótesis₄₂ les indican lo que están buscando o tratando de probar definiéndolas como explicaciones tentativas del fenómeno investigado formuladas a manera de proposiciones como es la validación del checklist. Esta puede o ser verdadera, sin embargo, al revisar diferentes investigaciones y apoyándose en la OMS, aceptan esta hipótesis asociándose a las dos variables ya mencionadas que esta lista o checklist, ayuda al paciente a evitar complicaciones antes, durante y después del acto quirúrgico.

Así mismo la calidad de las hipótesis de esta investigación, está relacionada positivamente con la búsqueda exhaustiva de literatura revisada cuyo inicio fue el estudio de la OMS en ocho países investigados en un total de 7.688 pacientes, de los cuales 3.733 fueron investigados antes de utilizar el checklist y 3.955 después de llenar el checklist, lo que evidenció una

reducción del 36% en las complicaciones quirúrgicas, el 47% en la mortalidad, el 50% en las tasas de infección y el 25% en la necesidad de una nueva intervención quirúrgica.

2.3. Importancia de los Resultados

El diseño es apropiado para el objeto de estudio por ser un estudio metodológico⁴³, con enfoque cuantitativo. Es necesario mencionar que este tipo de investigación es el procedimiento de decisión que pretende señalar, entre ciertas alternativas, usando magnitudes numéricas que pueden ser tratadas mediante herramientas del campo de la estadística; así mismo, como diseño metodológico se puede complementar que es el conjunto de procedimientos para dar respuesta a la pregunta de investigación y comprobar la hipótesis.

Este diseño seleccionado por los investigadores, lo utilizaron porque la investigación fue realizada en un hospital público de Brasil, con mucha actualidad porque mencionan haber empezado desde el 2013 hasta el 2014, y sus datos planificados por fases como: Fase de Planificación, Fase de Desarrollo, Fase de Verificación y Fase de Acción. Cada fase describen lo que hicieron hasta llegar a sus resultados.

Su población y muestra estuvo conformada por 16 enfermeras que participaron en la investigación, todas del sexo femenino, con una edad media de 40 años, posgrado y más de 10 años de vínculo laboral en el hospital investigado, trabajaban en puestos de atención y/o gerencia en las unidades quirúrgicas. Es población accesible por ser personal preparado en centro quirúrgico. No hubo aleatoriedad todos fueron seleccionados como probabilísticos siendo el tamaño de la muestra conforme al utilizar como instrumento de recolección de datos a través de formularios como: Formulario de Expertos y se componía de 23 preguntas, distribuidas en tres bloques, según la escala de Likert.

La población diana⁴⁴ es accesible al estudio describiéndola con exactitud, y aceptada como muestras suficientes para garantizar la validez utilizando el método Delphi, a través de un panel en línea para llegar a un consenso.

Como bien sabemos que la población diana es aquella a la cual queremos generalizar los resultados, en este caso los investigadores al contar con esta población diana que fueron las 16 enfermeras lograron su implantación continuando las propuestas de gestión de calidad, en consonancia con el modelo utilizado en el hospital enfocado en esta investigación, según las fases presentadas. Así mismo el método Delphi⁴⁵ es una técnica de recogida de información que permite obtener la opinión de un grupo de expertos a través de la consulta reiterada. Esta técnica, de carácter cualitativo, es recomendable cuando no se dispone de información suficiente para la toma de decisiones o es necesario, para nuestra investigación, recoger opiniones consensuadas y representativas de un colectivo de individuos. En este artículo se describen las características principales de la técnica y se detalla el proceso de consultas reiteradas en la aplicación de la técnica en mención.

También es necesario describir la escala de Lickert⁴⁶ que utilizaron para formular las preguntas distribuidas. Como bien sabemos que el nombre de esta escala tiene su origen debido al psicólogo Rensis Likert. El distinguió entre una escala apropiada, la cual emerge de las respuestas colectivas a un grupo de ítems (pueden ser 8 o más), y el formato en el cual las respuestas son puntuadas en un rango de valores.

Las investigadoras como revisoras de este artículo creen muy necesario describir como estos investigadores llenaron estos formularios denominando Formulario de Expertos compuesto por de 23 preguntas, distribuidas en tres bloques, según la escala de Likert, con los siguientes pesos: (-2) Totalmente en Desacuerdo, (-1) Desacuerdo, (0) Indiferente, (+1) De Acuerdo y (+2) Totalmente de Acuerdo. En el primer bloque, con nueve preguntas, la

evaluación se centró en la efectividad y comprensión de la redacción de los ítems, aplicación a la práctica y contribución a la construcción del conocimiento. En el segundo bloque, con ocho preguntas, se evaluó el contenido de las preguntas relacionadas con la seguridad del paciente, la necesidad de inclusión y/o exclusión de ítems, las contribuciones del instrumento a la planificación del cuidado y la posibilidad de su replicación. En el tercer bloque, con seis preguntas, la evaluación se centró en el contenido, la forma, la aplicabilidad y la credibilidad del checklist. En el lado de las 23 preguntas, había un espacio específico para escribir los comentarios de los expertos.

Este artículo ha sido validado por las investigadoras por las evidencias que presentan, es decir dentro de sus consideraciones éticas en la Fase de Planificación los participantes firmaron el Término de Consentimiento Informado (TCLE).⁴⁷ Este documento informativo es donde se invita a las personas a participar en una investigación. El aceptar y firmar los lineamientos que establece el consentimiento informado autoriza a una persona a participar en un estudio así como también permite que la información recolectada durante dicho estudio, pueda ser utilizada por el o los investigadores del proyecto en la elaboración de análisis y comunicación de esos resultados. En este artículo se evidencia que la muestra fue compuesta por 16 enfermeras, todas profesionales de las ocho unidades quirúrgicas, sin embargo, no muestran el documento como constancia ni como se guardó la confidencialidad.

Las pautas para evaluar los resultados de recogidas de datos lo hicieron a través etapas metodológicas de la implementación del Ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act) se presentan a continuación:

1. P (Plan) - Fase de Planificación: Consistió en tres reuniones: La primera con los enfermeros de las unidades quirúrgicas, para sensibilización sobre la seguridad quirúrgica, identificación de lagunas y análisis de los

problemas relacionados con la seguridad quirúrgica de los pacientes de las unidades de hospitalización, presentación, acuerdo con el proyecto de investigación siendo su validez la firma del Consentimiento Informado (TCLE) como ya se describió anteriormente.

2. D (Do) - Fase de Desarrollo: Dos acciones se realizaron en esta fase:
a) junto con las enfermeras participantes, las investigadoras identificaron y listaron los ítems para la versión 1 del checklist; b) se realizaron dos talleres con las enfermeras para perfeccionar la versión 1, resultando en la versión 2 del checklist.
3. C (Check) - Fase de Verificación: En esta etapa del Ciclo PDCA, la versión 2 del checklist fue sometida a una prueba piloto en las unidades quirúrgicas. No se delimitó el tamaño de la muestra y se pidió a cada enfermera que llenara el mayor número posible de instrumentos durante el período de la prueba piloto.
4. A (Act) - Fase de Acción: Esta fase se refiere a la sumisión de la versión 3 del checklist al proceso de validación por el Comité de Expertos, utilizando el método Delphi, a través de un panel en línea para llegar a un consenso.

Todas estas pautas fueron evaluadas con la prueba alfa de Cronbach⁴⁸ utilizada para comprobar la fiabilidad del Checklist de Seguridad Quirúrgica en los periodos Pre y Postoperatorio (CSQPP). Los resultados mostraron un índice de fiabilidad. Esta medida de fiabilidad mediante el alfa de Cronbach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados como describen los autores a través de fases ya explicadas anteriormente.

Los datos de esta investigación fueron analizados y claramente ordenados como se mencionó en ítem anterior por fases. Sus procedimientos de análisis fue utilizando la prueba alfa de Cronbach ya descrita y sus

resultados son precisos de acuerdo a su orden de las fases presentadas. Su análisis estadístico la prueba mencionada todo comparable y completo siendo su duración de dos años aproximadamente.

De igual forma sus resultados responden la pregunta planteada, muy objetiva, clara y muy ordenada. Igualmente sus hallazgos empiezan por los positivos para continuar con las dudas, no menciona riesgos relativos, presentando correlación de variables para llegar a sus resultados. No hay valor P, pero todos sus resultados son convincentes, sus cuadros y tablas son explicativas, no expresan redundancia y muy auto explicativo presentando semejanzas, no expresan tablas exactas, sin embargo están claras y completas.

Sus discusiones y conclusiones fueron evaluadas con Ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act) Este instrumento puede representar una guía para la atención pre y postoperatoria en las unidades de hospitalización, proporcionando indicadores para evaluar la calidad de la atención y posibilitando el desarrollo de nuevas estrategias para la mejora de los servicios de salud. Así mismo, la aplicación del checklist en un único hospital público y de enseñanza fue una limitación de este estudio. Se recomienda utilizar este instrumento en otros servicios de salud y, cuando sea necesario, su ajuste de acuerdo el contexto de la institución.

Finalmente para evaluar la bibliografía todas sus referencias Son adecuadas de acuerdo a lo que se busca, son muy actuales, solo presentan 22 bibliografías muy nuevas, adecuadas y completas.

2.4. Nivel de Evidencia

Según la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)⁴⁹ encontramos que el nivel de evidencia del trabajo de 2 ++ pues se trata de un estudio metodológico, con enfoque cuantitativo de alta calidad, su grado de recomendación es B pues posee un cuerpo de evidencia que incluye estudios calificados como 2++ directamente aplicables a la población objeto y que demuestran globalmente consistencia de los resultados y según GRADE⁵⁰ (The grading of recommendation assessment, development and evaluation) su grado de recomendación alta, ya que hay alta confianza en la coincidencia entre el efecto real y el estimado y su grado de recomendación es A (Alta) ya que presenta buena porque los beneficios superan ampliamente los riesgos, además para recomendar o desestimar su utilización.

2.5. Respuesta a la Pregunta

En relación a la pregunta clínica que se formuló todas las evidencias estuvieron relacionadas al objeto de estudio en analizar, evaluar y validar un checklist de seguridad quirúrgica para los períodos pre y postoperatorio de unidades de hospitalización quirúrgica. Es importante señalar que es probable que los impactos de los checklists sean efectivos, dependiendo del proceso de implementación en cada hospital. Puede haber varios obstáculos para lograr el éxito en la implementación de un checklist quirúrgico, tales como factores organizativos y culturales dentro de cada hospital. Cabe mencionar que para responder a la pregunta también se consideró todos los planes considerados por los expertos al validar los checklit respaldados por la OMS.

2.6. Recomendaciones

1. Recomendar el uso estricto de la lista de verificación de seguridad quirúrgica en los quirófanos durante el pre y post operatorio, considerándose como instrumento para coordinar la asistencia, promover la unión del equipo y reducir las complicaciones postoperatorias.
2. Recomendar que el uso de la lista de verificación de seguridad quirúrgica es una práctica alentada por reducir la dependencia de la memoria y la intuición, ayudando a reducir los errores, convirtiéndose en sinónimo de las mejores prácticas en contextos de alto riesgo.
3. Recomendar que el modelo de lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS, debe aplicarse por ser uno de los modelos instituido para el pre y post operatorio para verificar la preparación adecuada del paciente antes de su envío al centro quirúrgico, así como signos predictivos de complicaciones postoperatorias.
4. Recomendar el desarrollo de nuevas lista de verificación para otros servicios hospitalarios, como forma de estimular la cultura de seguridad.
5. Recomendar y señalar que es probable que los impactos de la lista de verificación sean efectivos, siempre dependiendo del proceso de implementación en cada hospital.
6. Se recomienda incluir contenidos relacionados con la seguridad de los pacientes en los cursos de pregrado y postgrado en enfermería, así como la capacitación en servicios de salud, ya que la lista de verificación puede servir de ejemplo de buena práctica clínica y contribuir al desarrollo de comportamientos de seguridad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 10 datos sobre seguridad en la atención quirúrgica. [internet]. España, 2010 [citado 10 abr 2015]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/safe_surgery/facts/es/index.html.
2. Departamento de enfermería HNAAA. Archivo de producción de centro quirúrgico. 2012. Chiclayo. Perú.
3. Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación. Ginebra: Suiza; 2013.
4. OMS: Organización Mundial de la Salud. —La Cirugía Segura Salva Vidas [internet]. Suiza; 2008 [citado 12 de abr 2015]. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf—
5. Mapa de centros que utilizan LVQ. Disponible en: <http://cga-4.hmdc.harvard.edu:8080/Hospital/gmap1.htm>.
6. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med.* 2009;360:491-9.
7. De Vries EN, Prins HA, Crolla R, Den Outer AJ, an An del G, Van Helden SH, et al. Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. *N Engl J Med.* 2010;363:1928-37.
8. Semel ME, Resch S, Haynes AB, Funk LM, Bader A, Berry WE, et al. Adopting a surgical safety checklist could save money and improve the quality of care in US Hospital. *Health Affairs.* 2010;29:1593-9.
9. De Vries EN, Eikens-Jansen MP, Hamersma AM, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boormeester MA. Prevention of surgical malpractice claims by a surgical safety checklist. *Ann Surg.* 2011;253:624-8.
10. Clark S, Hamilton L. WHO surgical list needs to be customised by specialty. *BMJ.* 2010;340:c589.
11. Mahaffey PJ. Seductions of the WHO safe surgery checklist. *BMJ.* 2010;340:c915.

12. Vats A, Vincent C, Nagpal K, Davies R, Darzi A, Moorthy K. Practical challenges of introducing WHO surgical checklist: UK pilot experience. *BMJ*. 2010;340:b5433.
13. Ministerio de Salud (BR), Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria, Organización Mundial de la Salud. Segundo desafío global para la seguridad del paciente. Las cirugías seguras salvan vidas. Río de Janeiro: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
14. Norbona C, Delgado S, Norbona F. Listado verificación seguridad quirúrgica (check list): una necesidad aún no conocida por la enfermería. España2010 [citado 09 enero 2017]. Disponible en <http://www.index-f.com/edocente/95pdf/95-009.pdf>
15. Gálvez A. Aproximación a la evidencia científica. Definición, fundamentos, orígenes e historia. *Índex Enferm (Gran)*. 2000; 30:36-40
http://www.index-f.com/index_enfermería/consulta_secciones.php?pagina=pagina=4&criterio=evidencia.
16. DiCenso A, Cullum N, Ciliska D. Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. *Evid Based Nurs* 1998; 1: 38-39.
<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewArticle/5486/5626>
17. Wallace MC, Shorten A, Russell KG. Paving the way: stepping stones to evidence-based nursing. *Int J Nurs Pract* 1997; 3 (3): 147-152.
18. Gálvez, A. Enfermería Basada en la Evidencia. Como incorporar la investigación a la práctica de los cuidado. Fundación Índex: Granada, 2007. Capítulo 4, Pág. 91.
- 19.- Limón E. Investigación en enfermería. La enfermería basada en la evidencia. *Rev.Investigación En Enfermería* 1999;(7):35-8.
20. Gálvez, A. Enfermería Basada en la Evidencia. Como incorporar la investigación a la práctica de los cuidado. Fundación Índex: Granada, 2007. Capítulo 7, Pág. 154.
21. Coello, P., et al. Enfermería Basada en la Evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados. Primera edición: año 2004.
<https://bibliovirtual.files.wordpress.com/2012/03/enfermeriabasadaevidencia.pdf>

22. Alonso P, Ezquerro O, Fargues IGJ, Marzo M, Navarra M, Subirana M, et al. Enfermería Basada en la Evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados. DAE ed. Madrid, España. 2004.
23. Bobenrieth M., Lectura crítica de artículos originales en salud
<http://www.samfyc.es/Revista/v2n1/081-090.pdf>
24. Ramírez, T. (2006) Cómo hacer un proyecto de investigación. Caracas, Venezuela: Editorial PANAPO
<http://metodologiaeconomia2011.blogspot.com/2011/06/el-titulo-de-la-investigacion.html>
25. Jiménez, M. (s.f.) Preocupaciones actuales sobre la confección de títulos adecuados para artículos científicos.
Extraído Febrero 20, 2006, de la World Wide Web:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_2_04/san09204.htm
26. Sierra V. Álvarez de Zaya C. Metodología de la Investigación Científica. Tacna. Perú, Nov. 2013.
http://www.unacar.mx/contenido/gaceta/ediciones/metodologia_investigacion.pdf
27. Lo que el título del trabajo significa. Extraído Febrero 20, 2006, de la World Wide Web:
<http://www.geocities.com/CapeCanaveral/Hall/4609/titulo.html>
28. Day A. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. 3a. ed. Washington, D.C.: OPS, © 2005. (Publicación Científica y Técnica No. 598)
<http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/Comoescribirypublicar.pdf>
29. Silva A. La autoría múltiple y la autoría injustificada en los artículos científicos, Investigación en Salud, Agosto, AÑO/VOL. VII, número 002 Universidad de Guadalajara, México PP.84-90.
30. Campoverde G., La importancia del resumen en la publicación de artículos científicos. Odontología sanmarquina vol. 01 N° 03 enero-junio 1999. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/1999_n3/pdf/imp_resumen.pdf
31. Clarence B. y Ghiselli E., El método científico en psicología (Buenos Aires: Paidós, 1969), 263. <http://www.redalyc.org/pdf/259/25914108.pdf>
32. Shabino, C: El Proceso de Investigación. El Cid Editor.
<http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2012/03/conclusiones-ejemplos.html>

33. Burns N. Grove S. Investigación en Enfermería. Desarrollo de la práctica enfermería basada en la evidencia. 5ta edición Elsevier. 2012.
34. Artiles L. El artículo científico. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1995 Ago [citado 2016 Mayo 28] ; 11(4): 387-394. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421251995000400015&lng=es.
35. Cobo E. González, J. y Marta Vilaró. Revisión sistemática y meta-análisis. Universidad politécnica de Catalunya.2014
36. Guevara R. El estado del arte en la investigación: ¿análisis de los conocimientos acumulados o indagación por nuevos sentidos? <http://www.scielo.org.co/pdf/folios/n44/n44a11.pdf>
37. López M. El diseño de investigación social (apuntes) <http://www.rincondepaco.com.mx/rincon/Inicio/Apuntes/Metodos.pdf>
38. Sabino, C. El proceso de investigación, Lumen-Humanitas, Bs.As., 1996n
39. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P., Metodología de la Investigación, McGraw Hill, México, 2000
40. Ander-egg E. Técnicas de Investigación Social, Humanitas, Bs.As., 2009 <http://personal.ua.es/es/francisco-frances/documentos/guia-de-la-asignatura-curso-2012-2013.pdf>
41. Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, L. (2010). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill, p. 143
42. Hernández Sampieri Roberto, (2006). “Formulación de hipótesis” en metodología de la investigación. México: McGraw-Hill,pp73-101
43. Bernal Torres, C. (2016) Metodología de la investigación.
44. Polit H. Investigación científica en ciencias de la salud, 5ª edición, Edit. McGraw-Hill Interamericana, México 2002.
45. Reguant-Álvarez, M. y Torrado-Fonseca, M. (2016). El método Delphi. REIRE, Revista d’Innovació i Recerca en Educació, 9 (1), 87-102. DOI: 10.1344/reire2016.9.1916
46. Sánchez, F. y otros (1993). Psicología social. Madrid: McGraw-Hill.
47. Sánchez-González. Consentimiento informado y capacidad para decidir. En: Bioética en ciencias de la salud. Barcelona-España. Elsevier Masson 2013; p. 211-24

48. Welch & Comer, 1988. <https://www.uv.es/~friasnav/AlfaCronbach.pdf>

49. Manterola C., Zavando D. Cómo interpretar los "Niveles de Evidencia" en los diferentes escenarios clínicos. Rev Chil Cir [Internet]. 2009 ; 61(6): 582-595. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071840262009000600017&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262009000600017>.

50. Muñoz P, Gonzales de Dios J. Valoración de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones (I).El sistema grad. Evidencia peditrica.2010;6-63. Disponible en:
sistefile:///C:/Users/laboratorio_computo/Downloads/Dialnet-ValoracionDeLaCalidadDeLaEvidenciaYFuerzaDeLasReco-3315659.pdf

ANEXO N° 1

Cuadro N°1: Descripción del Problema	
CONTEXTO – LUGAR	Quirófano
PERSONAL DE SALUD	Enfermeras, Médicos
PACIENTE	Paciente que ingresa al quirófano.
PROBLEMA	Mala praxis, negligencia, llenado incompleto de la lista de verificación.
EVIDENCIAS INTERNAS: JUSTIFICACION DE PRACTICA HABITUAL.	La omisión en la verificación de la lista de chequeo se produce por la inexistencia de un protocolo, falta de capacitación del personal.
EVIDENCIAS INTERNAS: JUSTIFICACION UN CAMBIO DE PRACTICA.	Las evidencias demuestran que el cumplimiento en la verificación garantiza la seguridad del paciente.
MOTIVACION DEL PROBLEMA	El equipo quirúrgico cumpla con la correcta aplicación de la lista de verificación, con el fin de mejorar el índice del cuidado, brindando seguridad al paciente.

ANEXO N° 2

ARTÍCULO N° 01 - Cuadro de Validez de Gálvez Toro		
Título de la Investigación a Validar: Cirugía segura: validación de checklist pre y postoperatorio ¹		
Metodología: Estudio Metodológico, con Enfoque Cuantitativo		
Año: 2017		
PREGUNTA	DESCRIPCIÓN	RESPUESTA
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Esta investigación constituyó un ejemplo de la viabilidad de la aplicación del Ciclo PDCA como método organizacional, recomendado para procesos de mejora continua de la calidad. El Ciclo PDCA está en consonancia con el método experimental científico, ya que promueve la predicción del resultado que se pretende alcanzar, además de posibilitar la medición de los resultados y evaluación del impacto de las intervenciones.	Sus resultados son muy útiles para mi problema. Se puede aplicar
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Son útiles todos sus hallazgos para mi problema.	Si puedo aplicarlo
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Son aplicables para mi medio cualquier lista de chequeo ayuda a evitar errores en los pacientes quirúrgicos.	Si puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Son seguras por presentar consentimiento ético del comité.	Si puedo aplicarlo
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Estudio metodológico, con enfoque cuantitativo.	Si son válidos los resultados

ARTÍCULO N° 02 - Cuadro de Validez de Gálvez Toro		
Título de la Investigación a Validar: Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente		
Metodología: Estudio de Corte Transversal		
Año: 2012		
PREGUNTA	DESCRIPCIÓN	RESPUESTA
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Los resultados de este estudio están 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 y constituye un estímulo para realizar nuevas investigaciones que midan los efectos de la implementación de la lista de chequeo y de las políticas de seguridad del paciente.	Es útil sus hallazgos al considerar diferentes dispositivos
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Presentan financiación que hace dudar de sus resultados.	No puedo aplicarlo
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Son aplicables porque sus listas de chequeo ayudan a resolver mi problema.	Si puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Son seguras por presentar consentimiento ético del comité.	Si puedo aplicarlo
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Estudio de corte transversal	Si son válidos los resultados

ARTÍCULO N° 03 - Cuadro de Validez de Gálvez Toro		
Título de la Investigación a Validar: Cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en la especialidad de traumatología en un hospital nacional de Lima, 2017		
Metodología: Enfoque Cuantitativo, Tipo Descriptivo, Prospectivo y de Diseño No Experimental		
Año: 2017		
PREGUNTA	DESCRIPCIÓN	RESPUESTA
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	No presenta resultados por ser solo un proyecto de investigación.	No puedo aplicarlo
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Son útiles todas sus variables e hipótesis presentadas.	Si puedo aplicarlo
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Aún no puedo considerarlo aplicables para mi medio del cualquier dispositivo que cuente el área donde laboramos.	No puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Son seguras por presentar consentimiento ético del comité.	Si puedo aplicarlo
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, prospectivo y de diseño no experimental.	Si son válidos los resultados.

ARTÍCULO N° 04 - Cuadro de Validez de Gálvez Toro		
Título de la Investigación a Validar: Percepción de los profesionales sobre la utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica		
Metodología: Estudio Descriptivo Transversal		
Año: 2012		
PREGUNTA	DESCRIPCIÓN	RESPUESTA
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Los profesionales utilizan casi siempre el LVQ y le otorgan una utilidad moderada. Los profesionales que experimentaron que gracias al LVQ se había conseguido evitar errores confirieron al LVQ una utilidad mayor que los que no lo experimentaron.	Se puede considerar aunque presenta riesgo de uso de listas
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Son poco útiles todos sus hallazgos para mi problema.	No se puede emplear
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Son aplicables para mi medio cualquier dispositivo que cuente el área donde laboramos.	Si puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Son seguras por presentar consentimiento ético del comité.	Si puedo aplicarlo
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Estudio descriptivo transversal.	Si son válidos los resultados

ARTÍCULO N° 05 - Cuadro de Validez de Gálvez Toro		
Título de la Investigación a Validar: Cumplimiento del listado de verificación quirúrgica y los eventos quirúrgicos detectados mediante la herramienta del Global Trigger Tool		
Metodología: Estudio Retrospectivo		
Año: 2016		
PREGUNTA	DESCRIPCIÓN	RESPUESTA
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	La implantación del LVQ ha supuesto un esfuerzo para aumentar la seguridad de pacientes en el bloque quirúrgico. De todas formas, el LVQ todavía muestra controversias sobre su efectividad relacionadas con la diversidad de su implementación.	No se puede emplear por las controversias de uso de listas a pacientes quirúrgicos
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Son útiles todos sus hallazgos para mi problema.	Si puedo aplicarlo
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Son aplicables para mi medio cualquier dispositivo que cuente el área donde laboramos.	Si puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	No son seguras por presentar consentimiento ético del comité.	No puedo aplicarlo.
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Estudio retrospectivo.	Si son válidos los resultados.

ARTÍCULO N° 06 - Cuadro de Validez de Gálvez Toro		
Título de la Investigación a Validar: Lista de verificación para la cirugía segura: análisis de la seguridad y la notificación de un hospital de equipos de la escuela .		
Metodología: Estudio de Campo, Descriptivo, Analítico con Abordaje Cualitativo		
Año: 2013		
PREGUNTA	DESCRIPCIÓN	RESPUESTA
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	La mayoría de los sujetos del estudio no se informa se dan cuenta de mejora en la comunicación interpersonal, pero en la percepción del investigador, había cambios en la comunicación, especialmente en la segunda parte de la lista de verificación, es decir, la pausa quirúrgica cuando surgido diálogos entre la guía de la cirugía y el anestesiólogo sobre las condiciones clínicas del paciente.	Son útiles sus hallazgos se puede aplicar
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Son útiles todos sus hallazgos para mi problema.	Si puedo aplicarlo
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Son aplicables para mi medio cualquier dispositivo que cuente el área donde laboramos.	Si puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	No son seguras por presentar consentimiento ético del comité.	No puedo aplicarlo
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Estudio de campo, descriptivo, analítico con abordaje cualitativo.	Si son válidos los resultados

ARTÍCULO N° 07 - Cuadro de Validez de Gálvez Toro		
Título de la Investigación a Validar: Cumplimiento de la lista de verificación de seguridad quirúrgica		
Metodología: Estudio Retrospectivo Observacional		
Año: 2013		
PREGUNTA	DESCRIPCIÓN	RESPUESTA
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	La identificación de las barreras para su uso efectivo es necesaria porque el uso impropio de la lista de verificación puede afectar adversamente la seguridad del paciente. Los recursos del equipo quirúrgico y la educación pueden ser factores para el cumplimiento disminuido de la SSC visto en los casos quirúrgicos después de las 4 pm.	No son muy claros sus resultados, son poco aplicables
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Son útiles todos sus hallazgos para mi problema.	Si puedo aplicarlo
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Son aplicables para mi medio cualquier dispositivo que cuente el área donde laboramos	Si puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	No son seguras por presentar consentimiento ético del comité.	No puedo aplicarlo
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Estudio retrospectivo observacional.	Si son válidos los resultados

ARTÍCULO N° 08 - Cuadro de Validez de Gálvez Toro		
Título de la Investigación a Validar: Eficacia del uso de la lista de verificación checklist para disminuir los eventos adversos en pacientes sometidos a cirugía		
Metodología: Revisión Sistemática Observacional y Retrospectivo		
Año: 2017		
PREGUNTA	DESCRIPCIÓN	RESPUESTA
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Reforzar y afianzar una creciente cultura sobre seguridad quirúrgica en todos los profesionales sanitarios de tal manera que se logre un compromiso y convicción del cumplimiento de los protocolos para asegurar la calidad y el éxito del procedimiento quirúrgico.	No son útiles sus hallazgos
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Son útiles todos sus hallazgos para mi problema.	Si puedo aplicarlo
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Son aplicables para mi medio cualquier dispositivo que cuente el área donde laboramos.	Si puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	son seguras por ser revisión crítica.	Se puedo aplicarlo
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Revisión Sistemática observacional y retrospectivo.	Si son válidos los resultados

ARTÍCULO N° 09 - Cuadro de Validez de Gálvez Toro		
Título de la Investigación a Validar: De la lista de verificación de cirugía segura en un hospital nacional de lima, 2016		
Metodología: Enfoque Cualitativo de Tipo Descriptivo		
Año: 2016		
PREGUNTA	DESCRIPCIÓN	RESPUESTA
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Determinar las vivencias del profesional de enfermería en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.	Son poco útiles por ser solo proyecto de investigación primaria
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Proponen hallazgos que aun no lo considero para mi problema.	No puedo aplicarlo
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Son aplicables para mi medio cualquier dispositivo que cuente el área donde laboramos.	Si puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	Son seguras por presentar consentimiento ético del comité.	Si puedo aplicarlo
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Enfoque cualitativo de tipo descriptivo.	Si son válidos los resultados

ARTÍCULO N° 10 - Cuadro de Validez de Gálvez Toro		
Título de la Investigación a Validar: Listas de control de seguridad quirúrgica: una revisión		
Metodología: Búsqueda Bibliográfica		
Año: 2013		
PREGUNTA	DESCRIPCIÓN	RESPUESTA
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Un tema recurrente en gran parte de la literatura identificada fue que la implementación exitosa depende de un liderazgo decisivo y efectivo, fomentando la participación activa del personal y educando a las personas que utilizan la lista de verificación.	Es útil sus hallazgos al considerar diferentes dispositivos
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Son útiles todos sus hallazgos para mi problema.	Si puedo aplicarlo
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Son aplicables para mi medio cualquier dispositivo que cuente el área donde laboramos.	Si puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	No son seguras por presentar consentimiento ético del comité.	No puedo aplicarlo
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Búsqueda bibliográfica .	Si son válidos los resultados

ARTICULO SELECCIONADO

Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo Original
2017;25:e2907
DOI: 10.1590/1518-8345.1854.2907
www.eerp.usp.br/rlae

Cirugía Segura: Validación de Checklist Pre y Postoperatorio¹

Francine Taporosky Alpendre²
Elaine Drehmer de Almeida Cruz³
Ana Maria Dyniewicz⁴
Maria de Fátima Mantovani⁵
Ana Elisa Bauer de Camargo e Silva⁶
Gabriela de Souza dos Santos⁷

Objetivo: Desarrollar, evaluar y validar un *checklist* de seguridad quirúrgica para los períodos pre y postoperatorio de unidades de hospitalización quirúrgica.. **Método:** investigación metodológica llevada a cabo en un amplio hospital público de enseñanza del Sur de Brasil, con aplicación de los principios del Programa de Cirugía Segura Salva Vidas de la Organización Mundial de la Salud. El *checklist* se aplicó a 16 enfermeros de 8 unidades quirúrgicas y fue sometida a validación por ocho expertos utilizando el método Delphi en línea. **Resultados:** el instrumento fue validado y se logró una puntuación media ≥ 1 , grado de acuerdo $\geq 75\%$ y alfa de Cronbach > 0.90 . La versión final incluyó 97 indicadores de seguridad organizados en seis categorías: identificación, preoperatorio, postoperatorio inmediato, postoperatorio inmediato, otras complicaciones quirúrgicas y alta hospitalaria. **Conclusión:** el *Checklist* de Seguridad Quirúrgica en el Período Pre y Postoperatorio es otra estrategia más para promover la seguridad del paciente, ya que permite monitorear los signos y síntomas predictivos de las complicaciones quirúrgicas y la detección temprana de eventos adversos.

Descriptor: Seguridad del Paciente; Lista de Verificación; Estudios de Validación.

1 Artículo parte de la disertación de maestría “Cirugía Segura: validação de checklist pré e pós operatório”, presentada en la Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

2 Estudiante de doctorado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil. Enfermera, Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

3 PhD, Profesor Adjunto, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

4 PhD, Profesor, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

5 PhD, Profesor Asociado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

6 PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

7 Estudiante de Maestría, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil. Enfermera, Instituto De Neurologia de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil

Cómo citar este artículo

Alpendre FT, Cruz EDA, Dyniewicz AM, Mantovani MF, Silva AEBC, Santos GS. Safe surgery: validation of pre and postoperative checklists. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2907. [Access ____ ____]; Available in: _____.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1854.2907>. mes día año URL

Introducción

Los procesos de toma de decisiones de los enfermeros abarcan el conocimiento en el área de cuidado y manejo, con énfasis en el cuidado del paciente. Sin embargo, para su éxito, deben realizarse de acuerdo con la planificación y la evaluación, basándose en un sistema de información apropiado. La información dentro del servicio de salud no sólo favorece la toma de decisiones, sino también la estructuración de estrategias innovadoras que ayudan significativamente en la gestión. Este es el desafío, desde una perspectiva más amplia, para la inserción y el desempeño de los enfermeros en la estructura organizacional de los sistemas de salud(1).

Entre las acciones de manejo está la toma de decisiones de lo enfermero, y es posible destacar las acciones relacionadas con la seguridad del paciente para la predicción y reducción de complicaciones, la detección temprana de

los agravamientos y eventos adversos en el período postoperatorio(2). En este contexto, el desarrollo de herramientas que proporcionan información, como los checklists, puede promover la identificación temprana de los problemas más frecuentes en la planificación de la atención de enfermería durante la estancia hospitalaria, el desarrollo del plan de alta y la orientación sobre la atención a domicilio(3).

El hito inicial, que demostró los beneficios de utilizar un checklist para la seguridad de los pacientes quirúrgicos, fue un estudio realizado por expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en ocho países (Canadá, India, Jordania, Filipinas, Nueva Zelandia, Tanzania, Inglaterra, y EE.UU). Se investigó un total de 7.688 pacientes, de los cuales 3.733 fueron investigados antes de utilizar el checklist y 3.955 después de llenar el checklist, lo que evidenció una reducción del 36% en las complicaciones quirúrgicas, el 47% en la mortalidad, el 50% en las tasas de infección y el 25% en la necesidad de una nueva intervención quirúrgica. Se concluyó que el uso del *checklist* prácticamente duplicó la posibilidad de utilizar estándares de cuidado seguros durante el tratamiento quirúrgico de los pacientes(4).

Estos resultados sobre el uso del Checklist de Seguridad Quirúrgica (CSQ) se destacaron en el Segundo Reto Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS. En Brasil, el Ministerio de Salud ha implementado el Programa de Cirugías Seguras y recomienda el uso de la CSQ antes de la inducción anestésica, antes de la incisión quirúrgica y al final de la cirugía, antes de que el paciente salga del quirófano(5).

Una revisión sistemática concluyó que los checklists de seguridad quirúrgica se consideran instrumentos para coordinar la asistencia, promover la unión del equipo y reducir las complicaciones postoperatorias tales como neumonía, embolismo pulmonar, trombosis venosa profunda, infección del sitio quirúrgico, retorno no planificado al quirófano, pérdida de sangre, muerte, dehiscencias de suturas, accidente cerebrovascular, infarto agudo de

miocardio, insuficiencia vascular del injerto, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, shock séptico, paro cardíaco e insuficiencia renal aguda(6).

Otros estudios demuestran que el uso de *checklists* es una práctica alentada por reducir la dependencia de la memoria y la intuición(7) y reducir los errores(8), convirtiéndose así en sinónimo de las mejores prácticas en contextos de alto riesgo(9). Estas herramientas de verificación pueden revolucionar la forma en que el conocimiento se pone en práctica, además de ser un recurso básico y de coste irrisorio para los servicios de salud(10).

Considerando que el modelo CSQ de la OMS es aplicable en un centro quirúrgico, es decir, para los momentos perioperatorios (antes, durante y después de la cirugía), se justifica la necesidad de un checklist específica para el pre y postoperatorio en unidades de hospitalización quirúrgica, para verificar la preparación adecuada del paciente antes de su envío al centro quirúrgico, así como signos predictivos de complicaciones postoperatorias. Otro estudio concluyó que la prevención de los problemas relacionados con la seguridad de los pacientes quirúrgicos también debe centrarse en los períodos pre y postoperatorio, ya que se estima que el 19% de los incidentes están asociados con la organización del servicio y con la atención(11).

La OMS recomienda el desarrollo de nuevos *checklists* para otros servicios hospitalarios, como forma de estimular la cultura de seguridad(5). Así, con base en las recomendaciones mundiales para cirugías seguras, es responsabilidad ética del profesional de enfermería llenar la brecha identificada en relación a la verificación de elementos de seguridad antes de que el paciente sea encaminado al centro quirúrgico, así como la identificación de elementos predictivos de complicaciones postoperatorias. El objetivo de este estudio fue desarrollar, evaluar y validar un checklist de seguridad quirúrgica para los períodos pre y postoperatorio de unidades de hospitalización quirúrgica.

Métodos

Estudio metodológico, con enfoque cuantitativo, realizado en un amplio hospital público de enseñanza, situado en la Región Sur de Brasil, de marzo de 2013 a octubre de 2014, con la participación de 16 enfermeros de ocho servicios quirúrgicos (Ortopedia y Traumatología, Cirugía General, Sistema Digestivo Cirugía, Urología, Cirugía Plástica, Trasplante de Hígado, Cirugía Pediátrica y Neurocirugía).

El desarrollo, la evaluación y la validación del *checklist* para los períodos pre y postoperatorio (CSQPP) fueron guiados por los principios del Programa Cirugía Segura Salva Vidas de la OMS: simplicidad, aplicabilidad y capacidad de medición de instrumento del tipo checklist a la cirugía segura(5). Su implantación siguió las propuestas de gestión de calidad, en consonancia con el modelo utilizado en el hospital enfocado en esta investigación, según las fases del Ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act)(12).

Las etapas metodológicas de la implementación del Ciclo PDCA se presentan a continuación:

- 1. P (Plan) - Fase de Planificación:** Consistió en tres reuniones: la primera con los enfermeros de las unidades quirúrgicas, para sensibilización sobre la seguridad quirúrgica, identificación de lagunas y análisis de los problemas relacionados con la seguridad quirúrgica de los pacientes de las unidades de hospitalización, presentación, acuerdo con el proyecto de investigación y firma del Término de Consentimiento Informado (TCLE). Los criterios de inclusión fueron: enfermeros con más de cuatro semanas en una unidad quirúrgica y con un turno de trabajo semanal de 20 horas o más; como criterios de exclusión: enfermeros en período de prueba, en vacaciones, o enfermeros en situación de permiso por enfermedad. La muestra fue compuesta por 16 enfermeras, todas profesionales de las ocho unidades quirúrgicas. Otras dos reuniones ocurrieron en continuidad

con el Plan de Acción, para la elaboración y realización de la prueba piloto del checklist.

- 2. D (Do) - Fase de Desarrollo:** Dos acciones se realizaron en esta fase: a) junto con las enfermeras participantes, las investigadoras identificaron y listaron los ítems para la versión 1 del checklist; b) se realizaron dos talleres con las enfermeras para perfeccionar la versión 1, resultando en la versión 2 del checklist.
- 3. C (Check) - Fase de Verificación:** En esta etapa del Ciclo PDCA, la versión 2 del *checklist* fue sometida a una prueba piloto en las unidades quirúrgicas. No se delimitó el tamaño de la muestra y se pidió a cada enfermera que llenara el mayor número posible de instrumentos durante el período de la prueba piloto. Las investigadoras han acompañado el instrumento por medio de visitas diarias en las ocho unidades; las investigadoras se encargaron de aclarar las dudas, estimular el llenado del instrumento y tomar nota de las sugerencias en los diarios de campo. Al final de un período de tres meses, se consideraron las sugerencias, tales como intercambio de palabras/ frases, remoción o inclusión de ítems en el instrumento, realización de los cambios necesarios en el checklist e definición de la versión 3.
- 4. A (Act) - Fase de Acción:** Esta fase se refiere a la sumisión de la versión 3 del checklist al proceso de validación por el Comité de Expertos, utilizando el método Delphi, a través de un panel en línea para llegar a un consenso. Se estableció una concordancia mínima del 70% para los resultados del Ranking Medio (RM) en la evaluación(13). Este valor se calculó por medio de la suma de las frecuencias de las respuestas, multiplicada por la puntuación asignada para cada respuesta de la escala Likert (factor de ponderación) y dividida por la suma de las frecuencias de cada respuesta, utilizando la media ponderada de las frecuencias.

El instrumento de recolección de datos ha sido denominado Formulario de Expertos y se componía de 23 preguntas, distribuidas en tres bloques, según la escala de Likert, con los siguientes pesos: (-2) Totalmente en Desacuerdo, (-1) Desacuerdo, (0) Indiferente, (+1) De Acuerdo y (+2) Totalmente de Acuerdo. En el primer bloque, con nueve preguntas, la evaluación se centró en la efectividad y comprensión de la redacción de los ítems, aplicación a la práctica y contribución a la construcción del conocimiento. En el segundo bloque, con ocho preguntas, se evaluó el contenido de las preguntas relacionadas con la seguridad del paciente, la necesidad de inclusión y/o exclusión de ítems, las contribuciones del instrumento a la planificación del cuidado y la posibilidad de su replicación. En el tercer bloque, con seis preguntas, la evaluación se centró en el contenido, la forma, la aplicabilidad y la credibilidad del *checklist*. En el lado de las 23 preguntas, había un espacio específico para escribir los comentarios de los expertos.

La versión 3 del checklist, así como el Formulario de Expertos, la carta de invitación y el TCLE fueron enviados por correo electrónico, y se fijó un plazo de 14 días para la respuesta. El reclutamiento de los expertos se realizó a través de la Plataforma Lattes del CNP, entre los doctorados con experiencia en clínica quirúrgica, publicaciones relacionadas con la seguridad del paciente quirúrgico y que aceptaron participar en la investigación.

La aceptación o rechazo de las sugerencias se basó en su coherencia con el Manual Cirugía Segura Salva Vidas de la OMS. El número de rondas de la evaluación no se fijó previamente, pero se realizarían tantas como necesarias para alcanzar el consenso.

Para la evaluación de la confiabilidad de los resultados, se utilizó la prueba alfa de Cronbach, para la correlación entre las respuestas de los especialistas, cuando las opciones son escalonadas (-2, -1,0, + 1, + 2), como descrito en el Formulario de Expertos. A este respecto, se utilizaron los

siguientes criterios: >0,90 - excelente; 0,81 a 0,90 - bueno; 0,71 a 0,80 - aceptable; 0,61 a 0,70 - cuestionable; 0,51 a 0,60 - pobre y de 0,41 a 0,50 - inaceptable.

El desarrollo del estudio siguió las normas nacionales e internacionales de ética en investigación en seres humanos, y fue aprobado por el Comité de Ética bajo el número 546.183. La confidencialidad de las enfermeras y de los especialistas fue asegurada por la ausencia de identificación en todo el proceso de recolección de datos.

Resultados

Las 16 enfermeras que participaron en la investigación, todas del sexo femenino, con una edad media de 40 años, posgrado y más de 10 años de vínculo laboral en el hospital investigado, trabajaban en puestos de atención y/o gerencia en las unidades quirúrgicas.

Los resultados de la investigación metodológica se presentan de acuerdo con la progresión y aplicación del Ciclo PDCA y sus respectivas fases:

1. P (Plan) - Fase de Planificación: Se realizaron las tres reuniones con las enfermeras participantes de la investigación, entre marzo y abril de 2013, cuando fueron escritos y aprobados los Planes de Acción para la elaboración y posterior realización del test piloto del checklist.
2. D (Do) - Fase de Desarrollo: En las reuniones con las enfermeras, los principales elementos de la asistencia prestada al paciente en el pre y postoperatorio en la práctica clínica fueron listados. Las relaciones de atención proporcionadas por las enfermeras resultaron en el diseño preliminar de la versión 1 del checklist, seguida de talleres para la mejora de esa versión, resultando en la versión 2 del instrumento. Esta fase tuvo lugar entre junio de 2013 y marzo de 2014.

3. C (Check) - Fase de Verificación: La versión 2 del checklist fue sometida a evaluación y cambios en la forma y contenido, mediante una prueba piloto, con aplicación y llenado de 450 checklists, en ocho servicios quirúrgicos de internación, de abril a mayo de 2014. Después del análisis de los resultados del instrumento, se realizaron los cambios necesarios y sugeridos por las enfermeras participantes, resultando en la versión 3, denominada Checklist de Seguridad Quirúrgica en los periodos Pre y Postoperatorio (CSQPP).
4. A (Act) - Fase de Acción: Después de la fase de evaluación y construcción del CSQPP, se inició la selección y reclutamiento de los expertos para la validación de su forma y contenido, por medio del método Delphi en línea. En cuanto al proceso de formación del grupo de expertos brasileños, 16 profesionales fueron contactados a partir de la carta de invitación, de los cuales ocho aceptaron formar parte de este estudio.

El comité de expertos fue compuesto por dos profesores de cuidados de enfermería quirúrgica, dos enfermeros especialistas en enfermería quirúrgica, dos enfermeros con especialización en seguridad del paciente y dos cirujanos.

El CSQPP fue sometida a dos rondas de evaluación por los expertos, a partir de junio de 2014, llegando a un consenso y la versión 4 del instrumento se muestra a continuación. Los resultados a continuación se refieren a las respuestas del Formulario de Expertos, con grado de acuerdo y ranking medio de los tres bloques de preguntas.

En la Tabla 1 se muestran las evaluaciones de las características y propósitos del CSQPP, con un nivel de acuerdo >75% y *ranking* medio ≥ 1 .

La Tabla 2 muestra los datos de la evaluación sobre el uso del CSQPP. Las preguntas “¿Hay algún ítem que necesite más explicitación?”; “¿Hay algún tema que debería incluirse para su completitud?” y “¿Hay algún tema que deba ser excluido?” no alcanzaron un grado mínimo de acuerdo del 70% y *ranking* medio ≥ 1 , en la primera ronda de evaluación utilizando el método Delphi.

Después de la primera ronda del método Delphi, por sugerencia de los expertos, se incluyó la expresión “sitio quirúrgico demarcado” en la categoría II (antes de la remisión del paciente al centro quirúrgico); en la categoría III (retorno del paciente desde el centro quirúrgico a la unidad de hospitalización), los expertos solicitaron espacio para describir el tipo y ubicación del drenaje y la inclusión de la palabra “otros”, con espacio para escribir en el ítem relacionado con el acceso venoso permeable. En la categoría V (complicaciones), el título fue “Otras complicaciones postoperatorias” y se añadieron los tipos de shock - “séptico”, “hipovolémico”, “cardiogénico”, “neurogénico” y “otros” - con espacio para escribir. Para la exclusión, sólo hubo cambios en la categoría V. El ítem TEP (Tromboembolismo Pulmonar) fue retirado, porque el término TEV (Tromboembolismo Venoso) ya constaba en el checklist; el ítem “Caída” fue excluido porque se trataba de un incidente y no una complicación; y el ítem “dehiscencia” fue retirado porque ya constaba en la categoría IV (período postoperatorio mediato), referente a la evaluación del sitio quirúrgico.

En general, las solicitudes de los expertos estaban más relacionadas con la forma de presentación de los ítems que con el contenido del instrumento. Se infiere que la estructura de los ítems del manuscrito corresponde a la necesidad de verificación de la seguridad quirúrgica. Después de las modificaciones, el instrumento fue sometido a la segunda ronda de evaluación por el método Delphi, y todas las cuestiones evaluadas por los expertos alcanzaron un grado de acuerdo $\geq 88\%$ y *ranking* medio $\geq 1,38$.

La Tabla 3 muestra la evaluación general del CSQPP, con un 100% de aprobación en cuanto a los atributos relevancia, credibilidad y viabilidad de aplicación. El instrumento fue considerado apropiado para el trabajo del enfermero en los períodos pre y postoperatorio en las unidades de internación, una estrategia segura y fiable, de aplicación práctica fácil y rápida.

La prueba alfa de Cronbach fue utilizada para comprobar la fiabilidad del CSQPP. Los resultados mostraron un índice de fiabilidad de 0,9515 para las características y propósitos; 0,9396 para las posibilidades de su uso y 0,9858 para la evaluación general.

Los expertos validaron la forma y el contenido del instrumento CSQPP, que incluye 97 indicadores de seguridad distribuidos en seis categorías: identificación, preoperatorio, postoperatorio inmediato, postoperatorio, otras complicaciones quirúrgicas y alta hospitalaria.

La categoría Identificación, del CSCPP, contempla información sobre el paciente y otros indicadores de la seguridad quirúrgica, como sugiere la OMS: paciente correcto, cirugía correcta y lado correcto. Estos datos proporcionan información mínima, pero tienen como objetivo evitar eventos adversos y garantizar la calidad de la atención.

En la categoría del período preoperatorio se enumeran las acciones del enfermero para reconocer y registrar ítems, tales como: historial clínico y demás documentos obligatorios, pruebas de imagen, preparación preoperatoria según la indicación quirúrgica y los dispositivos de identificación.

En la categoría del período postoperatorio mediato, el CSQPP enumera ítems como: nivel de conciencia, estabilidad de signos vitales,

náuseas/vómitos, tipo de anestesia, condiciones de piel y perfusión tisular de extremidades, sistemas de drenaje, vendaje quirúrgico, movilidad/sensibilidad de los miembros, prescripción médica postoperatoria, ficha de enfermería del transoperatorio, de recuperación postanestésica y recomendaciones.

En la categoría del período postoperatorio inmediato, el CSQPP contempla la evaluación del dolor del paciente: Sistemas Respiratorio, Digestivo y Urinario, Cardiovascular y Tegumentario; además de la evaluación del sitio quirúrgico.

El foco central de la categoría de alta hospitalaria está en el registro y orientaciones para los cuidados en domicilio, en el retorno ambulatorio y en la reevaluación clínica post-quirúrgica. Incluyen informes sobre el estado general del paciente, los dispositivos y la evaluación de la herida quirúrgica.

Discusión

Esta investigación constituyó un ejemplo de la viabilidad de la aplicación del Ciclo PDCA como método organizacional, recomendado para procesos de mejora continua de la calidad. El Ciclo PDCA está en consonancia con el método experimental científico, ya que promueve la predicción del resultado que se pretende alcanzar, además de posibilitar la medición de los resultados y evaluación del impacto de las intervenciones(12).

El desarrollo de las fases del Ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Act*) para elaborar y evaluar un modelo de *checklist* de seguridad quirúrgica, para los períodos pre y postoperatorios, a ser utilizado en las unidades de internación, se basó en la participación y en el diálogo con las enfermeras de las unidades quirúrgicas. Sirvió de guía para traer a la realidad las necesidades y decisiones del cuidado, de manera metodológica y resolutive. Los esfuerzos conjuntos de los investigadores y las enfermeras demostraron su

disponibilidad e interés por innovar, traer practicidad y dar impacto a las acciones de atención de los equipos de enfermería.

Para las enfermeras que participaron en este estudio, este fue un momento de convergencia entre el conocimiento teórico y gerencial y la vivencia de la práctica profesional, agregando valor a la investigación realizada. La observación de atributos como la simplicidad, la aplicabilidad y la posibilidad de medición contribuyó a la orientación sobre el desarrollo del instrumento, así como a la posibilidad de hacer más factible un nuevo instrumento de trabajo.

Debe considerarse que instrumentos como el PDCA ayudan a mejorar la calidad de la seguridad, sin embargo, requieren que los profesionales incorporen cambios comportamentales, expansión continua del conocimiento y su diseminación, desarrollo de habilidades y, en consecuencia, cambios de actitud. Aunque este instrumento es ampliamente aceptado en el ámbito de la salud, proporcionando una estructura para cambios en la calidad de los servicios en el área en cuestión, es necesario mejorar los patrones para la evaluación orientada a su uso, de manera sistemática y rigurosa(12).

Se puede entender, entonces, que el uso del PDCA sirvió para los propósitos de este estudio, al desarrollo y evaluación del CSQPP y su estandarización para uso, dando como resultado la versión validada en el hospital. Esta es la conclusión de la aplicación de sus ciclos, sin embargo, la implementación del método y la evaluación de los resultados de su impacto deberían ocurrir en la práctica.

En otro estudio, con el objetivo de estimar la prevalencia de riesgo en una clínica quirúrgica, se estudiaron 750 internaciones, entre 5.672 registros de incidentes, y 218 fueron caracterizados como eventos adversos, ya que causaron daño al paciente. Los incidentes más frecuentes fueron dolor agudo

postoperatorio, remoción no programada de los dispositivos tubulares, sonda y/o drenaje, fallas en los procedimientos técnicos con necesidad de intervención quirúrgica, además de reacciones adversas y alérgicas a medicamentos, infecciones hospitalarias, úlceras por presión, caídas, mantenimiento inadecuado del equipo médico, reacciones adversas o falta de hemoderivados y muerte(14). En este contexto, la identificación precoz de complicaciones relativas a la herida operatoria también contribuye a guiar el plan de atención. De este modo, la planificación del cuidado y la identificación temprana de eventos transoperatorios subsidian la elaboración de los indicadores de resultados y el monitoreo de la calidad de la asistencia y la seguridad del paciente(5).

Una revisión sistemática de los impactos y la implementación de un *checklist* quirúrgico demostró que el instrumento puede prevenir errores y complicaciones perioperatorias, reduciendo así las tasas de complicaciones postoperatorias y la mortalidad, además de proporcionar una mayor seguridad al paciente y una mejor comunicación entre el equipo de atención(15).

Los resultados de los estudios citados revelan que el uso de *checklists* puede contribuir a reducir los daños a los pacientes. Además de guiar la evaluación en el período perioperatorio, las informaciones almacenadas en esas listas también pueden servir para alimentar bases de datos, y proporcionar respaldo a los centros de salud y los profesionales(16).

Sin embargo, un instrumento validado, como aquí se presenta, puede proporcionar más fiabilidad para la seguridad del paciente, reduciendo los costos del sistema de salud y, en ese escenario, el enfermero es el profesional que colabora para esa realidad. En todas las áreas del conocimiento, incluyendo la enfermería, el desarrollo de instrumentos evaluativos y validados es un proceso complejo. Sin embargo, permite reconocer situaciones de riesgo evitables, planificar acciones correctivas y educativas,

así como favorecer el desarrollo profesional. Además, requieren fiabilidad y consistencia, ya que reflejan la calidad de la medición(17).

Los resultados de este estudio confirman la fiabilidad del CSQPP y su contribución a la práctica de la enfermería quirúrgica. La confirmación de la fiabilidad muestra que el instrumento sirve para evaluar la calidad de la asistencia, gestionar de manera efectiva la atención para la identificación de riesgos evitables y permitir acciones correctivas y reajustes en los objetivos, a través de estrategias administrativas y educativas(17).

La evaluación general del CSQPP se basó en la información de que, en América del Norte, la implementación de este instrumento provocó un aumento en la frecuencia de los estudios de validación en el área de enfermería, incrementando la relevancia de la evaluación y medición de los resultados de esta práctica profesional(18). El método Delphi utilizado en esta investigación para la validación del instrumento, por medio de la obtención de consenso, se mostró adecuado y contribuyó a la forma y el contenido de los indicadores, aumentando la posibilidad de utilización de ese instrumento en otros servicios de salud.

Es importante señalar que es probable que los impactos de los *checklists* sean efectivos, dependiendo del proceso de implementación en cada hospital(19). Puede haber varios obstáculos para lograr el éxito en la implementación de un checklist quirúrgico, tales como factores organizativos y culturales dentro de cada hospital. Una estrategia para lograr el éxito es el continuo feedback de los profesionales del servicio a la administración hospitalaria con el fin de identificar los factores que impiden la aplicación efectiva de checklists para cirugías seguras. Además, la eficacia de un checklist dependerá de la capacidad de los líderes de la institución para implementarla, y de las medidas de adaptación necesarias para cada instrumento de verificación(20-21).

En este contexto, se recomienda incluir contenidos relacionados con la seguridad de los pacientes en los cursos de pregrado y postgrado en enfermería, así como la capacitación en servicios de salud(22), ya que el checklist puede servir de ejemplo de buena práctica clínica y contribuir al desarrollo de comportamientos de seguridad.

Este instrumento puede representar una guía para la atención pre y postoperatoria en las unidades de hospitalización, proporcionando indicadores para evaluar la calidad de la atención y posibilitando el desarrollo de nuevas estrategias para la mejora de los servicios de salud.

Conclusión

El desarrollo de este estudio permitió la elaboración, evaluación y validación del CSQPP para la seguridad quirúrgica, sobre a la base de las directrices y objetivos del Programa Cirugía Segura Salva Vidas, de la OMS. Por consenso entre los participantes, se consideró que esta herramienta es capaz de ayudar a las enfermeras en su práctica clínica.

Al término de esta investigación, el CSQPP fue estandarizado para su uso en la institución. El CSQPP favorece la adopción de acciones preventivas, así como el monitoreo de signos y síntomas de alerta, la detección temprana de complicaciones y la minimización de riesgos para el paciente. Este instrumento también contribuye a la planificación de las intervenciones de enfermería y la mejora de la comunicación entre el equipo multiprofesional sobre la atención prestada. El resultado de esta investigación puede constituir un instrumento efectivo y eficaz para la seguridad del paciente quirúrgico, además de ser adaptable a otros contextos de la asistencia sanitaria.

La aplicación del checklist en un único hospital público y de enseñanza fue una limitación de este estudio. Se recomienda utilizar este instrumento en otros servicios de salud y, cuando sea necesario, su ajuste de acuerdo el contexto de la institución.

Referencias

1. Chaves LDP, Tanaka OY. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet] 2012 [Acesso 5 set 2016];46(5):1274-8. Disponível | em:
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/33.pdf>
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500033>

2. Merry AF, Cooper JB, Soyannwo O, Wilson IH, Eichhorn JH. An iterative process of global quality improvement: the International Standards for a Safe Practice of Anesthesia 2010. *Can J Anaesth*. [Internet] 2010 [cited Sep 5, 2016];57(11):1021-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2957571/>.<http://dx.doi.org/10.1007/s12630-010-9380-7>

3. Bastos AQ, Souza RA, Souza FM, Marques PF. Reflections on nursing care in the pre- and postoperative period: an integrative literature review. *Ciênc Cuidado Saúde*. [Internet] 2013 [cited Sep 5, 2016];12(2):382- 90. http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/Cienc-CuidSaude/article/view/15724/pdf_25.<http://dx.doi.org/10.4025/ciencsaude.v12i2.15724>

4. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. Safe Surgery Saves Lives Study Group. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. [Internet] 2009 [cited Sep 5, 2016];360(5):491-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs0810119#t=article>.
<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMs0810119>

5. World Health Organization. WHO guidelines for safe surgery, 2009. Safe surgery saves lives. Geneva; 2009. [cited Sep 5, 2016]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf

6. Gillespie BM, Chaboyer W, Thalib L, John M, Fairweather N, Slater K. Effect of using a safety checklist on patient complications after surgery: a systematic review and meta-analysis. *Anesthesiology*. [Internet] 2014 [cited Sep 5, 2016];120(6):1380-9. Available from: <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1917718>.
<http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0000000000000232>.

7. Ely JW, Graber ML, Croskerry P. Checklists to reduce diagnostic errors. *Acad Med*. [Internet] 2011 [cited Sep 5, 2016];86(3):307-13. Available from:

http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2011/03000/Checklists_to_Reduce_Diagnostic_Errors.17.aspx.
<http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e31820824cd>

8. Russ S, Rout S, Sevdalis N, Moorthy K, Darzi A, Vincent C. Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? A systematic review. *Annals of Surgery*. [Internet] 2013 [cited Sep 5, 2016];258(6):856-71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24169160>.<http://dx.doi.org/10.1097/SLA.0000000000000206>

9. Weiser TG, Berry WR. Review article: perioperative checklist methodologies. *Can J Anaesth*. [Internet] 2012 [cited Sep 5, 2016];60(2):136-42. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007/s12630-012-9854-x>. <http://dx.doi.org/10.1007/s12630-012-9854-x>

10. Gawande A. Checklist: como fazer as coisas benfeitas. Rio de Janeiro: Sextant; 2011. 224 p.

11. Carneiro FS, Bezerra AL, Silva AE, Souza LP, Paranaguá TT, Branquinho NC. Adverse events in the surgical clinic of a university hospital: a tool for assessing quality. *Rev Enferm UERJ*. [Internet] 2011 [cited Sep 5, 2016];19(2):204-11. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a06.pdf>.

12. Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, Darzi A, Bell D, Reed JE. Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare. *BMJ Qual Saf*. [Internet] 2014 [cited Sep 5, 2016];23(4):290-8. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2013/09/11/bmjqs-2013-001862>. doi:10.1136/bmjqs-2013-001862

13. Perroca MG. Development and content validity of the new version of a patient classification instrument. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet] 2011 [cited Jan 23, 2017];19(1):58-66. Available from: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4289/5459>>. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100009>.

14. Paranaguá TT, Bezerra AL, Silva AE, Azevedo Filho FM. Prevalence of no harm incidents and adverse events in a surgical clinic. *Acta Paul Enferm*. [Internet] 2013 [cited Sep 5, 2016];26(3):256-62. Available from:

http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n3/en_09.pdf<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000300009>

15. Tang R, Ranmuthugala G, Cunningham F. Surgical safety checklists: a review. *ANZ J Surg*. [Internet] 2014 [cited Sep 5, 2016]; 84(3):148-54. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0056252/?report=reader>. <http://dx.doi.org/10.1111/ans.12168>

16. Fonseca RM, Peniche AC. Operation room nursing in Brazil: thirty years after the institution of perioperative nursing process. *Acta Paul Enferm*. [Internet] 2009 [cited Sep 5, 2016];22(4):428-33. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/en_a13v22n4.pdf. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000400013>

17. Vituri D, Évora YD. Trust quality of nursing care indicators testing the agreement and interrater reliability. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [Internet] 2014 [cited Sep 5, 2016];22(2):234-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/0104-1169-rlae-22-02-00234.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3262.2407>

18. Ribeiro MA, Vedovato TG, Lopes MH, Monteiro MI, Guirardello EB. Validation studies in nursing: integrative review. *Rev Rene*. [Internet] 2013 [cited Sep 5, 2016];14(1):218-28. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3360/2598>.

19. Conley DM, Singer SJ, Edmondson L, Berry WR, Gawande AA. Effective surgical safety checklist implementation. *J Am Coll Surg*. [Internet] 2011 [cited Sep 5, 2016];212:873-9. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1072751511000858>. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2011.01.052.

20. Fourcade A, Blache JL, Grenier C, Bourgain JL, Minvielle E. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *BMJ Qual Saf*. [Internet] 2012 [cited Sep 5, 2016];21:191-7. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2011/11/07/bmjqs-2011000094.full.pdf+html>. doi:10.1136/bmjqs-2011-000094

21. Askarian M, Kouchak F, Palenik CJ. Effect of surgical safety checklists on postoperative morbidity and mortality rates, Shiraz, Faghihy Hospital, a 1-year study. *Qual Manag Health Care*. [Internet] 2011 [cited Sep 5, 2016];20:293-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21971026>. doi:10.1097/QMH.0b013e318231357c

22. World Health Organization. World Health Organization Patient Safety - Programme areas. 2013[cited Nov 11, 2015]. Available from: <http://www.who.int/patientsafety/about/programmes/en/index.html>

Recibido: 4.9.2016

Aceptado: 6.4.2017

Correspondencia: Francine Taporosky Alpendre Universidade Federal do Paraná Av. Prefeito Lothario Meissner, 632 Jardim Botânico CEP: 80210-170, Curitiba, PR, Brasil E-mail: franalpendre@gmail.com

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

ANEXOS N°4

GUÍA DE LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULOS ORIGINALES EN SALUD DE BOBENRIETH ASTETE MA.

PAUTAS PARA EVALUAR EL TITULO	SÍ	DUDOSO	NO	COMENTARIO CRITICO
1.—Es claramente indicativo del contenido del estudio (problema de investigación y variables principales).	X			Es claramente indicativo sus variables en el título. Se denomina variable a todo aquello que tiene características propias que la distingue de lo demás, que es susceptible de cambio o modificación y la podemos estudiar, controlar o medir en una investigación ²⁴ . Cabe mencionar que presentan superíndice narrándolo dentro de la dirección de los autores haciendo parecer ser uno más de los autores. Sin embargo es necesario saber que estos numeritos pequeños se utilizan para señalar la bibliografía, pero los autores lo describen como: Artículo parte de la disertación de maestría “Cirugía Segura: validação de checklist pré e pós operatório”, presentada en la Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil, queriendo aclarar que dicha investigación está en su idioma portugués y el lugar exacto donde lo realizaron.
2.—Es claro, fácil de entender.			X	
3.—Es conciso (15 palabras).			X	
4.—Identifica las palabras clave (descriptores) del estudio.	X			
5.—Utiliza palabras completas (no utiliza abreviaturas ni siglas).			X	
6.—Usa tono afirmativo.	X			
7.—Es gramaticalmente correcto (no es partido).			X	
8.—Usa lenguaje sencillo (no usa jerga o jergonza).			X	
9.—Usa términos claros y directos (no usa términos efectistas).			X	
10.—Usa palabras esenciales (no usa sobre explicación).			X	

				<p>No es conciso porque presenta solo 8 características y lo que este autor sugiere son 15 palabras.</p> <p>Identifica sus palabras claras como descriptores como: Cirugía segura, validación, checlist y pre y post operatorio, no usando palabras completas, por escribir la palabra pre, debiéndose colocar properatorio y post operatorio.</p> <p>Su título si es muy afirmativo, pero, Es partido al colocar dos puntos, no usa jerga, es claro, y tampoco usan términos vanos, ni hay sobre explicación.</p>
--	--	--	--	--

Pautas para Evaluar los Autores

	SÍ	DUDOSO	NO	
1.— Hay autoría múltiple.	X			<p>Son 6 autores, responsables al colocar lugar y cargo que desempeñan, presentando autoría completa algunos ya que mencionan que algunos de ellos son maestrantes en la especialidad.</p> <p>Sus nombres son completos de acuerdo a su país, universidades y hospitales, presentan dirección de postal.</p>
2.— Hay autoría justificada, responsable.	X			
3.— Hay autoría completa.	X			
4.— Usa nombres completos (no usa iniciales).	X			
5.— Incluye instituciones de trabajo sin incluir grados académicos o posiciones jerárquicas.	X			
6.— Incluye la dirección postal del investigador encargado de la correspondencia.	X			

Pautas para Evaluar el Resumen

	SÍ	DUDOSO	NO	
1.—Permite identificar el contenido básico de forma rápida y exacta.	X			Se identifica rápido lo que se quiere investigar. validar un checklist de seguridad quirúrgica para los períodos pre y postoperatorio de unidades de hospitalización quirúrgica. Presentan su resumen claro, consiso, describen el objetivo como: desarrollar, evaluar y validar un checklist de seguridad quirúrgica para los períodos pre y postoperatorio de unidades de hospitalización quirúrgica que plantean asociándose a las variables como: validación, checklist, paciente, pre y pos operatorio. Es necesario mencionar que toda hipótesis es una suposición por lo que necesariamente tiene que depender de variables ³⁹ como se mencionan. Presenta un solo párrafo, además sus resultados son claros, describiendo hasta el nombre del hospital don se realizó la investigación. Sus conclusiones está descrita muy clara a lo que esperaron encontrar como: : el Checklist de Seguridad Quirúrgica en el Período Pre y Postoperatorio es otra
2.—Es claro, fácil de entender.	X			
3.—Describe claramente el objetivo / hipótesis en el primer párrafo.			X	
4.—Describe claramente el diseño / metodología en el segundo párrafo.			X	
5.—Describe claramente los resultados principales en el tercer párrafo.	X			
6.—Describe claramente las conclusiones en el cuarto párrafo.	X			
7.—Es conciso (250 palabras).			X	
8.—Presenta resultados con valores numéricos (núm., tasas, porcentajes, proporciones, etc.).	X			
9.—Usa palabras completas (no usa abreviaturas ni siglas).			X	
10.—Usa solamente el texto (no incluye tablas, gráficos ni figuras).	X			
11.—El texto no cita referencias bibliográficas.			X	
12.—Usa denominaciones genéricas de productos farmacéuticos (no usa marcas registradas).			X	
13.—Es autosuficiente, auto explicativo.	X			

			<p>estrategia más para promover la seguridad del paciente, ya que permite monitorear los signos y síntomas predictivos de las complicaciones quirúrgicas y la detección temprana de eventos adversos.</p> <p>Es necesario mencionar que toda conclusión es relevante porque ayuda a descubrir nuevos conocimientos a la verdad. A la conclusión le llaman también síntesis y no es más que la interpretación final de todos los datos con los cuales se cierra la investigación iniciada “Sintetizar es recomponer lo que el análisis ha separado, integrar todas las conclusiones y análisis parciales en un conjunto coherente que cobra sentido pleno³².</p> <p>Su resumen cuenta con 169palabras, y los porcentajes de sus resultados están descritos con valores y proporciones. No se evidencia abreviaturas, presentan un solotexto, igualmente no hay citas bibliográficas, ni existe nombre de productos farmacéuticos.</p>
--	--	--	---

Pautas para Evaluar la Introducción General

	SÍ	DUDOSO	NO	
1.—Presenta claramente el qué y el porqué de la investigación.	X			Es claro, invita al lector a seguir leyendo. Su estilo es muy claro, cita autores de otros artículos para contrastar la investigación, primero presentan su campo y luego citan a la OMS, para continuar con otras investigaciones.
2.—Capta la atención del lector desde el párrafo introductorio; «invita» al lector a seguir leyendo.	X			
3.—El estilo es directo unívoco.	X			
4.—El tema general (campo de estudio) se presenta prontamente para pasar luego al problema de investigación.	X			

Problema de Investigación

	SÍ	DUDOSO	NO	
5.—El problema de investigación (fenómeno específico de interés) se identifica y se define.	X			Se identifican todas sus variables de la investigación, sin tregua o dilación para continuar investigando. Es una investigación clara que busca encontrar la seguridad del paciente a través del uso de los <i>Checklist</i> de Seguridad Quirúrgica (CSQ) como el Segundo Reto Mundial para la Seguridad del Paciente como lo sugiere la OMS. El tema es muy actual y muy susceptible de continuar midiendo como se usan
6.—Los antecedentes del problema se presentan sin dilación.	X			
7.—La razón fundamental por la cual se seleccionó el problema queda claro. Su investigación se justifica para llenar un vacío de información.	X			
8.—El problema es importante, es actual, es susceptible de observación y de medición.	X			
9.—La investigación del problema es factible.	X			

				estas listas y como se asegura al paciente quirúrgico. Tema que las investigadoras también citan a la OMS por hallar la mejor seguridad del paciente quirúrgico. Es muy probable de seguir usándose porque identifica y se define en la medida que el fenómeno bajo estudio está claramente formulado y delimitado ³⁴
--	--	--	--	--

Revisión Bibliográfica

	SÍ	DUDOSO	NO	
10.—La revisión identifica lo que se sabe actualmente – en función de lo publicado— sobre el problema de investigación.	X			Esta revisión es actual y propia para esta investigación, a su vez muy relevante por tratarse solo del problema planteado, no se salen del contexto. Todas sus referencias son relacionadas a la investigación, empezando su gama con la OMS, para luego citar a otras investigaciones de diferentes países. Su revisión bibliográfica es una lista muy ordenada justifican cada cita con la referencia que hacen.
11.—La revisión es relevante para el problema del estudio.	X			
12.—La revisión refleja información sobre antecedentes del problema, necesaria para apoyar la justificación del estudio.	X			
13.—Las referencias citadas en el texto están bien documentadas y son actuales.	X			
14.—La relación del problema de investigación con investigaciones previas es directa y clara.	X			
15.—La revisión presenta una gama de experiencias, teorías y opiniones con puntos de vista diversos y complementarios sobre el problema.	X			
16.—La revisión identifica, desde la literatura,			X	

importantes vacíos de información sobre el problema.				
17.—La organización de la revisión es lógica, según categorías y fecha de publicación.	X			
18.—La revisión es mucho más que una mera lista ordenada de citas: cada referencia tiene una justificación, su lugar es determinante y —en ningún caso— arbitrario.	X			

Marco Teórico

	SÍ	DUDOSO	NO	
19.—La investigación no es aislada y se vincula con teorías existentes.	X			En esta investigación, no es aislada se vincula directamente con teorías existentes, es adecuado para el problema desarrollándose en forma muy lógica y comprensible comparándose con el aporte de Hernández Sapiere . y otros investigadores. (se detalla en el análisis)
20.—La investigación describe un marco teórico ya existente o fórmula uno propio.			X	
21.—El marco teórico es adecuado para el problema de la investigación.	X			
22.—El marco teórico se desarrolla en forma lógica y comprensible.	X			
23.—El marco teórico es útil para clarificar conceptos pertinentes y las relaciones entre ellos.	X			

Variables

	SÍ	DUDOSO	NO	
24.—El estudio selecciona las variable adecuadas.			X	Las variables seleccionada es la validación de checklist antes de la inducción anestésica, antes de la incisión quirúrgica y al final de la cirugía, antes de que el paciente salga del quirófano. Esta variable seleccionada por la OMS es aplicable en un centro quirúrgico, es decir, para los momentos perioperatorios (antes, durante y después de la cirugía) De alguna manera estas variables se relacionan con variables independientes como fenómeno que resulta de que debe explicarse, en este caso el checlist en el pre y postoperatorio en unidades de hospitalización quirúrgica, para verificar la preparación adecuada del paciente antes de su envío al centro quirúrgico, así como signos predictivos de complicaciones postoperatorias. Estas variables están asociadas pero no mencionadas con nombres definidos porque al comparar diferentes estudios concluyeron que el checklist de seguridad quirúrgica se considera instrumentos para coordinar la
25.—Las variables son suficientemente claras.		X		
26.—La asociación entre variables se describe indicando su calidad de independiente y dependiente.	X			
27.—Las variables extrañas (de confusión) se reconocen y se indica su grado de control.			X	
28.—Las variables importantes se definen operacionalmente, al igual que sus grados de condición.	X			

				asistencia, promover la unión del equipo y reducir las complicaciones postoperatorias.
--	--	--	--	--

Objetivos / Hipótesis

	SÍ	DUDOSO	NO	
29.—Los objetivos son adecuados a la pregunta de la investigación (problema y sus variables).	X			Su objetivo es desarrollar, evaluar y validar un checklist de seguridad quirúrgica para los períodos pre y postoperatorio de unidades de hospitalización quirúrgica. El hito inicial, que demostró los beneficios de utilizar un checklist para la seguridad de los pacientes quirúrgicos, tomado de un estudio realizado por expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en ocho países como: Canadá, India, Jordania, Filipinas, Nueva Zelandia, Tanzania, Inglaterra, y EE.UU. Todos sus objetivos expresan encontrar resultados concretos, por lo que están redactados y ordenados siendo muy descriptivos y claros. Su hipótesis por definir como solucionar el problema previamente seleccionado se relaciona estrechamente con las
30.—Los objetivos indican en forma inequívoca qué es lo que el investigador intenta hacer (observar, registrar y medir).	X			
31.—Los objetivos descriptivos son pocos, concretos, medibles, y factibles.		X		
32.—Los objetivos anuncian un resultado concreto previsto, unívoco, claro y preciso.	X			
33.—Los objetivos se presentan redactados en forma afirmativa, con verbos activos transitivos, en tiempo infinitivo, sujetos a una sola interpretación.	X			
34.—La redacción de los objetivos diferencia claramente los de carácter descriptivo de aquellos otros de carácter analítico.	X			
35.—Las hipótesis expresan de manera clara, precisa y concisa, una relación (o diferencia) entre dos o más variables.	X			
36.—Las hipótesis explican o predicen esa relación (o diferencia) entre dos o más variables en términos de resultados esperados.	X			

37.—La formulación de las hipótesis incluye las variables de estudio, la población de estudio y el resultado predicho (efecto).	X			<p>variables como el checklist del pre y post operatorio encontrando respuesta fue estandarizar el uso de estas listas.</p> <p>Sus predicciones son concretas encontradas durante el desarrollo de la investigación.</p> <p>Se expresa la formulación del problema muy claro, buscan encontrar respuesta a lo planteado.</p> <p>Todas sus variables son identificadas de acuerdo a sus variables.</p> <p>Las variables están bien relacionadas con su hipótesis.</p> <p>Redacción clara y precisa.</p> <p>Su hipótesis está claramente relacionada con la investigación.</p>
38.—Las variables identificadas en las hipótesis se definen operacionalmente.	X			
39.—Cada hipótesis se refiere solamente a una relación entre dos variables, para claridad de su comprensión (hipótesis simple).	X			
40.—La dirección de la relación se establece de manera inequívoca en la redacción de la hipótesis.	X			
41.—Cada hipótesis está lógicamente relacionada con el problema de investigación.	X			

Pautas para Evaluar Materiales y Métodos Diseño

	SÍ	DUDOSO	NO	
1.—El diseño parece apropiado para el objetivo del estudio.	X			<p>Su diseño es estudio metodológico, con enfoque cuantitativo, realizado en un amplio hospital público de enseñanza, situado en la Región Sur de Brasil, de marzo de 2013 a octubre de 2014, con la participación de 16 enfermeros de ocho servicios quirúrgicos (Ortopedia y Traumatología, Cirugía General, Sistema Digestivo Cirugía, Urología, Cirugía</p>
2.—El diseño se describe suficientemente, caracterizando la dimensión de intervención del investigador (manipulación) de la variable independiente.	X			
3.—El diseño explica la dimensión temporal (momento y núm. de veces de recogida de información).	X			
4.—El diseño especifica la unidad de análisis (caso,	X			

serie de casos, muestra o población total).				Plástica, Trasplante de Hígado, Cirugía Pediátrica y Neurocirugía) Toda su dimensión temporal es muy actual porque empezaron en el 2013 hasta el 2014. Sus datos fueron recogidos por fases como: Fase de planificación, Fase de desarrollo. Fase de Verificación Fase de Acción. Cada fase describen lo que hicieron hasta llegar a sus resultados.
5.-El diseño indica el nivel de análisis (no análisis, correlación, causalidad o inferencia).			X	
6.-El diseño seleccionado encaja el paradigma epistemológico / metodológico (cuantitativo o cualitativo) con los datos que se intenta producir.	X			
7.-El diseño está actualizado con el nivel de conocimientos disponibles sobre el problema de investigación.	X			
8.-El diseño garantiza un grado de control suficiente, especialmente en investigaciones cuantitativas, contribuyendo así a la validez interna del estudio.	X			

Población y Muestra

	SÍ	DUDOSO	NO	
9.-La población diana se identifica y describe con claridad.	X			Su población y muestra estuvo conformada por 16 enfermeras que participaron en la investigación, todas del sexo femenino, con una edad media de 40 años, posgrado y más de 10 años de vínculo laboral en el hospital investigado, trabajaban en puestos de atención y/o gerencia en las unidades quirúrgicas. Es población accesible por ser personal preparado en centro quirúrgico.
10.-La población accesible al estudio se describe con exactitud.	X			
11.-Se explica si se utilizó un muestreo aleatorio <i>probabilístico</i> o un muestreo no <i>probabilístico</i> .			X	
12.-En caso de muestreo aleatorio, se explica el procedimiento: aleatorio simple, aleatorio estratificado, aleatorio por conglomerado, o aleatorio sistemático.			X	
13.-En caso de muestreo no aleatorio, se explica el			X	

procedimiento: muestreo de conveniencia, muestreo de cuota o muestreo intencional.				Hubo aleatoriedad porque cada uno de sus elementos fueron las enfermeras seleccionadas y por ser aleatorio simple puede ser como probabilísticos.
14.—El tamaño de la muestra se informa a la luz del objetivo del estudio, el diseño del estudio, el método de muestreo y el análisis estadístico de los datos.	X			
15.—La muestra indica cuán representativa es de la población diana, a la que se intenta generalizar los resultados.	X			El tamaño de la muestra es conforme, su instrumento de recolección de datos ha sido denominado como: Formulario de Expertos y se componía de 23 preguntas, distribuidas en tres bloques, según la escala de Likert.
16.—La muestra parece suficiente como para garantizar la validez externa del estudio.	X			
17.—El método de selección y asignación de sujetos a los grupos de estudio y de control se describe con claridad.	X			Su muestra es muy representativa por ser 23 preguntas, distribuidas en tres bloques, según la escala de Likert, con los siguientes pesos: (-2) Totalmente en Desacuerdo, (-1) Desacuerdo, (0) Indiferente, (+1) De Acuerdo y (+2) Totalmente de Acuerdo. En el primer bloque, con nueve preguntas, la evaluación se centró en la efectividad y comprensión de la redacción de los ítems, aplicación a la práctica y contribución a la construcción del conocimiento. Es buen método, es decir por ser estudio metodológico, con enfoque cuantitativo utilizando escalas como lickert.

Consideraciones Éticas

	SÍ	DUDOSO	NO	
18.—Se describe el procedimiento para obtener consentimiento informado.			X	No hay constancia, sin embargo siguió las normas nacionales e internacionales de ética en investigación en seres humanos, y fue aprobado por el Comité de Ética bajo el número 546.183. Todo consentimiento ético debería mostrarse con el documento del Consentimiento informado debe tener fecha y firmas de la persona que va a participar en la investigación o de su representante legal, así como de dos testigos y se debe especificar la relación que tienen éstos con el participante en el estudio.
19.—Hay constancia de la revisión de la investigación por algún consejo o comité de ética de la institución.			X	
20.—El investigador describe los riesgos potenciales de los sujetos participantes del estudio.			X	
21.—Hay constancia que se aseguró el anonimato y la confidencialidad a los participantes del estudio.			X	

Pautas para Evaluar los Resultados Recogida de Datos

	SÍ	DUDOSO	NO	
1.—Los instrumentos de recolección son adecuados para el diseño del estudio.	X			Sus datos son adecuados como recolectaron seleccionándolos por etapas metodológicas de la implementación del Ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act) su validez y confiabilidad lo muestran presentando ordenadamente cada fase como a continuación se describe:
2.—Se menciona la razón fundamental para la selección de cada instrumento / método.	X			
3.—Se describe la validez y la confiabilidad de cada instrumento.	X			
4.—Se describe claramente los pasos en el procedimiento de recogida de datos.	X			

<p>5.—El procedimiento de recolección de datos es adecuado.</p>	<p>X</p>		<p>1. P (Plan) - Fase de Planificación: Consistió en tres reuniones: la primera con los enfermeros de las unidades quirúrgicas, para sensibilización sobre la seguridad quirúrgica, identificación de lagunas y análisis de los problemas relacionados con la seguridad quirúrgica de los pacientes de las unidades de hospitalización, presentación, acuerdo con el proyecto de investigación y firma del Término de Consentimiento Informado (TCLE).</p> <p>2. D (Do) - Fase de Desarrollo: Dos acciones se realizaron en esta fase: a) junto con las enfermeras participantes, las investigadoras identificaron y listaron los ítems para la versión 1 del checklist; b) se realizaron dos talleres con las enfermeras para perfeccionar la versión 1, resultando en la versión 2 del checklist.</p> <p>3. C (Check) - Fase de Verificación: En esta etapa del Ciclo PDCA, la versión 2 del checklist fue sometida a una prueba piloto en las unidades quirúrgicas. No se delimitó el tamaño de la muestra y se pidió a cada enfermera que llenara el mayor número posible de instrumentos durante el período de la prueba piloto.</p>
---	----------	--	---

				4. A (Act) - Fase de Acción: Esta fase se refiere a la sumisión de la versión 3 del checklist al proceso de validación por el Comité de Expertos, utilizando el método Delphi, a través de un panel en línea para llegar a un consenso.
--	--	--	--	---

Análisis de los Datos

	SÍ	DUDOSO	NO	
6.—La elección de los procedimientos estadísticos de análisis es adecuada.	X			<p>Todos los datos están claramente ordenados como se menciono en ítem anterior por fases.</p> <p>Sus procedimeientos de análisis fue utilizando la prueba alfa de Cronbach⁴⁷ Sus resultados son precisos de acuerdo a su orden de las fases presentadas anteriormente.</p> <p>Su análisis estadístico la prueba mencionada todo comparable y completo siendo su duración de dos años aproximadamente. La duración es de dos años aproximadamente.</p>
7.—Los procedimientos estadísticos se aplican correctamente para el nivel de medición de los datos.	X			
8.—Los datos se analizan en relación con los objetivos del estudio.	X			
9.—Se prueba cada hipótesis y los resultados se informan con precisión.	X			
10.—El análisis estadístico considera el nivel de medida para cada una de las variables: nominal (categórica), ordinal, o intervalo (continua).	X			
11.—Las variables se organizan en grupos lógicos clínicamente: variables de criterios de inclusión, variables factores de riesgo y variables de resultado (desenlace).		X		
12.—Los grupos de estudio y de control son comparables.	X			
13.—Se indica con precisión la duración del estudio (seguimiento) para ambos grupos: estudio y control.	X			

Presentación de los Datos

	SÍ	DUDOSO	NO	
14.—La sección de resultados se focaliza en aquellos hallazgos pertinentes y responde a la pregunta de la investigación y / o a la prueba de hipótesis.	X			<p>Sus resultados responden la pregunta planteada.</p> <p>Presentan datos muy objetivos, claros y muy ordenados. Igualmente sus hallazgos empiezan por los positivos para continuar con las dudas.</p> <p>No menciona riesgos relativos, presentando correlación de variables para llegar a sus resultados.</p> <p>No hay valor P, pero todos sus resultados son convincentes.</p> <p>Sus cuadros y tablas son explicativas, no expresan redundancia, son auto explicativas.</p> <p>Presentan semejanzas, no expresan tablas exactas, sin embargo están claras y completas.</p>
15.—Los datos se presentan en forma objetiva, sin comentarios ni argumentos.	X			
16.—El texto comanda la presentación en forma clara, concisa y precisa.	X			
17.—Los resultados se presentan en forma ordenada siguiendo el orden de los objetivos / hipótesis.	X			
18.—Los resultados se inician con los hallazgos positivos más importantes. Las asociaciones negativas se informan al final de la sección.	X			
19.—Se informa del riesgo relativo y del intervalo de confianza.			X	
20.—Los términos estadísticos se usan de forma experta (significante, aleatorio, muestra, correlación, regresión, inferencia, etc.).	X			
21.—Los valores P se presentan profesionalmente, y se interpretan inteligentemente.			X	
22.—La sección de resultados es completa y convincente.	X			
23.—Las tablas son simples y auto explicativas. Incluyen datos numéricos numerosos, repetitivos, con valores exactos.	X			
24.—Las tablas no contienen información redundante			X	

del texto.				
25.—Los gráficos son simples y auto explicativos.			X	
26.—Los gráficos permiten visualizar y analizar patrones, tendencias, comparaciones, semejanzas y diferencias en los datos.			X	
27.—Tanto los gráficos como las tablas completan el texto y ayudan a una comprensión rápida y exacta de los resultados.			X	
28.—Tanto los gráficos como las tablas clarifican la información, ponen énfasis en los datos más significativos, establecen relaciones y resumen el material de los hallazgos.			X	
29.—El autor selecciona, con buen juicio, el tipo de gráfico más adecuado (barras, lineal, histograma, polígono de frecuencias, sectores, dispersión, pictograma).	X			

Pautas para Evaluar la Discusión y la Conclusión

	SÍ	DUDOSO	NO	
1.—Las interpretaciones se basan en los datos.	X			Todos sus datos son estadísticos, porque sus hallazgos discuten sus objetivos planteados. Contrastando con otros países como Colombia 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
2.—Los hallazgos se discuten en relación con los objetivos del estudio.	X			
3.—El texto no repite los resultados.	X			
4.—Se especula inteligentemente con fundamento	X			
5.—Las generalizaciones tienen como garantía y justificación los resultados.	X			
6.—Se distingue entre significación estadística y relevancia (importancia) clínica.	X			

7.—Se discuten primero los resultados propios; luego se comparan los resultados propios con los resultados de otros estudio similares publicados (segunda revisión bibliográfica).	X			lista de chequeo y promoviendo su aplicación en todos los procedimientos quirúrgicos que se realizan. Sus resultados son exactos, es decir cada fase describe como fue sometida a evaluación en forma y contenido con pruebas piloto.
8.—Se diferencia entre los hechos (hallazgos) y la opinión del autor sobre estos hechos.	X			Se fundamenta con inteligencia, son garantizados y relevantes estadísticamente, así mismo su discusión por orden.
9.—Se discuten adecuadamente las limitaciones del estudio y la forma como pueden afectar las conclusiones.	X			No hay muchas diferencias con otras investigaciones porque todos se apoyan con el lanzamiento de la OMS con su lanzamiento “Salva Vidas” Sus limitaciones son escasas por sus experiencias encontradas durante su proceso.
10.—Se sugieren investigaciones al futuro alrededor del problema de la investigación, basadas en la experiencia ganada a lo largo del proceso.	X			Su estilo descriptivo y muy claro, respondiendo a la pregunta de investigación.
11.—El estilo de la discusión es argumentativo, con uso juicioso de polémica y debate. Esto contrasta bien con el estilo descriptivo y narrativo de la introducción, materiales y métodos, y resultados.	X			Todas sus conclusiones son claras y sirve para continuar investigando.
12.—Las conclusiones se establecen claramente, como «respuesta» del estudio a la «pregunta» de la investigación, contenida en los objetivos / hipótesis.	X			Sus discusiones y conclusiones fueron evaluadas con Ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act) Este instrumento puede representar una guía para la atención pre y postoperatoria en las unidades de hospitalización, proporcionando indicadores para evaluar la calidad de la
13.—El contenido de las conclusiones corresponde al contenido de los objetivos; hay tantas conclusiones como objetivos.	X			

				atención y posibilitando el desarrollo de nuevas estrategias para la mejora de los servicios de salud. Así mismo, la aplicación del checklist en un único hospital público y de enseñanza fue una limitación de este estudio. Se recomienda utilizar este instrumento en otros servicios de salud y, cuando sea necesario, su ajuste de acuerdo el contexto de la institución.
--	--	--	--	--

Pautas para Evaluar la Bibliografía

	SÍ	DUDOSO	NO	
1.—Las referencias son adecuadas (descriptores del título del artículo coinciden con descriptores de los títulos de las referencias).	X			Son adecuadas de acuerdo a lo que se busca. Todas son muy actuales. Solo presentan 22 bibliografías. Son nuevas y adecuadas. Son completas.
2.—Las referencias son actualizadas (más del 50% de los últimos cinco años).	X			
3.—El número de referencias es adecuado (más/menos 30).			X	
4.—El tipo de referencias es adecuado (más del 50 % de publicaciones de tipo primario).	X			
5.—La documentación de las referencias es completa (autor, título, lugar de publicación, editorial y año, en caso de libro; autor, título, nombre de revista, volumen y páginas, en caso de artículo de revista).	X			