



OBJN
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidade Federal Fluminense

uff

Artículos Originales

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Dificultades en la aplicación del *checklist* quirúrgico: estudio cualitativo de abordaje ecológico restaurativo

Nery José de Oliveira Junior¹, Ana Maria Müller de Magalhães²

¹ Centro Universitario FADERGS

² Universidad Federal de Rio Grande del Sur

RESUMEN

Objetivo: analizar la aplicación del *checklist* de la cirugía segura, buscando describir los principales factores que pueden afectar su llenado y su seguimiento, según la percepción de los técnicos de enfermería.

Método: estudio cualitativo, realizado con los técnicos de enfermería de un centro quirúrgico ambulatorio, del sur de Brasil. Los datos fueron colectados a través de grupos focales y métodos fotográficos, en la perspectiva del pensamiento ecológico y restaurativo. **Resultados:** del agrupamiento de las informaciones emergieron tres categorías: *Checklist* para la seguridad del paciente: todavía un desafío; Dificultad para adherir al *checklist* de cirugía segura; y Etapas del *checklist*. **Discusión:** los datos indican que algunas etapas de ese proceso no se cumplen aún y que hay dificultad para que los equipos adhieran a este. **Conclusiones:** entre las principales fallas encontradas, está la baja adhesión del equipo médico para realizar el *time out* y para marcar la confirmación del local del procedimiento. El abordaje ecológico restaurativo posibilitó la participación de los profesionales.

Descriptor: Lista de Verificación; Seguridad del Paciente; Enfermería Perioperatoria.

INTRODUCCIÓN

Los movimientos buscando la calidad y la seguridad de los sistemas de salud señalan que aún necesitamos avanzar en las cuestiones que envuelven la seguridad de los pacientes hospitalizados. A pesar de las iniciativas globales recientes sobre la seguridad del paciente en los servicios de salud, la cirugía segura permanece como un gran desafío en el contexto actual.

Estimativas indican que en 234 millones de cirugías realizadas por año, en el mundo, ocurrieron cerca de 2 millones de óbitos y 7 millones de clientes sufrieron complicaciones posoperatorias, siendo que 50% de ellas, podrían haber sido evitadas, según cálculos oficiales⁽¹⁾.

Durante el cuidado ofrecido al paciente, eventos adversos pueden ocurrir y generar daños físicos, sociales y psicológicos, además de sufrimientos, incapacidades o muerte. Situaciones evitables como las caídas de paciente de la mesa quirúrgica, cirugía en local equivocado o hasta cambio de pacientes son eventos adversos que no están asociados a la enfermedad de base y que pueden afligir a los pacientes en el centro quirúrgico^(1,2).

Para enfrentar ese problema, la Organización Mundial de Salud (OMS) movilizó esfuerzos para desarrollar e implantar estrategias para asegurar la calidad del cuidado ofrecido al paciente quirúrgico. El *checklist* de la cirugía segura se considera una herramienta capaz de prevenir fallas en los procesos asistenciales, disminuyendo complicaciones y el tiempo de permanencia en el hospital, además de contribuir en la reducción de la mortalidad de los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos⁽³⁾.

En el centro quirúrgico, la creación y la implantación del *checklist* de cirugía segura es una de las intervenciones adoptadas por las instituciones hospitalarias, para asegurar cirugías con local de intervención, procedi-

miento y paciente correctos, atendiendo a las recomendaciones de la meta cuatro para la seguridad de los pacientes, definida por la *Joint Commission Internacional*^(4,5) y reafirmada por la OMS y por el Programa Nacional de Seguridad del Paciente. El *checklist* también contribuye a la reducción de la mortalidad y complicaciones posoperatorias, dependiendo de la cultura de seguridad de la institución, y al comprometimiento de los gerentes y de los trabajadores de la línea de frente⁽⁵⁻⁹⁾.

De todo lo expuesto, surgieron las siguientes cuestiones de investigación: ¿Cómo está la adhesión al *checklist* de la cirugía segura? ¿Cómo este proceso está ocurriendo en la práctica diaria de los profesionales que actúan en el centro quirúrgico? ¿Cómo los técnicos de enfermería perciben el cumplimiento del protocolo en el escenario de la práctica?

Para responder a esas preguntas, teniendo en mente los complejos aspectos organizativos e individuales envueltos en los ambientes de centro quirúrgico, que pueden contribuir o perjudicar la implantación y consolidación de nuevas prácticas, se optó por realizar una investigación basada en la perspectiva del pensamiento ecológico restaurativo, usando métodos fotográficos participativos.

Este abordaje de investigación adapta los principios del pensamiento ecológico y restaurativo a los sistemas sociotécnicos del cuidado en el campo de salud, con un examen minucioso del ambiente donde es ofrecido el cuidado, permitiendo capturar datos por métodos fotográficos, de aspectos fidedignos y fenómenos organizativos en tiempo real. El análisis cuidadoso de la forma que ocurre la relación entre las personas y los ambientes donde ellas viven proporciona el comprometimiento y la participación del grupo investigado, lo que permite identificar e ilustrar los problemas encontrados, así como la discusión y la propuestas de mejoras para el

funcionamiento de la unidad, que en el día a día, pueden no estar tan visibles⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Estas consideraciones, aliadas a la escasez de estudios nacionales, remiten a la importancia de investigar ese fenómeno en el escenario brasileño, para así, contribuir al fortalecimiento de las políticas y estrategias relacionadas a la seguridad del paciente en nuestro país. El objetivo de este trabajo fue analizar la aplicación del *checklist* de la cirugía segura, buscando describir los principales factores que pueden afectar su llenado y seguimiento, según la percepción de los técnicos de enfermería.

MÉTODO

Se trata de una investigación cualitativa, del tipo exploratorio-descriptiva, realizada con los técnicos de enfermería actuantes en el centro quirúrgico ambulatorio de un hospital-día privado y filantrópico, ubicado en la ciudad de Porto Alegre, RS, de la Región Sur de Brasil. En el centro quirúrgico escogido para hay 60 técnicos de enfermería y cuatro enfermeros que trabajan entre las 7h y 1h, de lunes a sábado.

El centro quirúrgico está compuesto por ocho salas quirúrgicas, donde se realizan cerca de 600 cirugías por mes, siendo, en media, 30 procedimientos por día, principalmente de las especialidades de traumatología, ginecología, urología y estética. Le corresponde al enfermero gestionar la distribución de las cirugías en las salas del centro quirúrgico, y también, coordinar y supervisar el equipo de enfermería en sus actividades, incluso en el llenado correcto del *checklist* de la cirugía segura, juntamente con el equipo médico. La institución implantó el protocolo de cirugía segura hace cuatro años y todos los trabajadores de enfermería fueron entrenados para poder aplicarlo.

Se destaca que la lista de verificación adoptada en la institución fue adaptada del protocolo de la OMS y se desarrolla en cuatro etapas: antes de la entrada del paciente en la sala quirúrgica (admisión e identificación), antes de la inducción anestésica, antes de la incisión (*time out*) y antes de la salida de la sala (*check out*).

La muestra se escogió por conveniencia y conformada por aquellos que manifestaron interés en participar del estudio, después de la invitación realizada a través de un cartel informativo en la unidad. Aunque esta invitación se le hizo a todos los técnicos de enfermería del centro quirúrgico, solamente ocho se inscribieron.

Los criterios de inclusión fueron la inscripción previa y la confirmación del interés para participar del estudio, por medio de contacto verbal. Los técnicos de enfermería fueron los actores de esta investigación por realizar junto al equipo médico, el llenado del *checklist* de la cirugía segura y es ese momento, que el estudio observa cómo el técnico de enfermería realiza el protocolo de la lista de verificación de la cirugía segura en la rutina de trabajo.

Los datos fueron colectados por medio de la técnica de grupo focal y de métodos fotográficos de investigación, en la perspectiva del pensamiento ecológico y restaurativo, después de la reunión con los dirigentes de la institución en enero de 2014, en la que participó el director técnico de la institución. En consonancia con los presupuestos metodológicos del estudio, esta reunión tuvo el objetivo de presentar el proyecto de investigación y comprometer los dirigentes con los resultados y las posibles alternativas de mejora que surgieran durante el estudio. Vale destacar que el propio investigador era el enfermero responsable por el centro quirúrgico, en la época que se desarrolló la investigación, lo que reforzaba el comprometimiento de los dirigentes con la conducción del proyecto y el traslado del conocimiento producido hacia la práctica.

En el mes de marzo de 2014 ocurrió el primer grupo focal para discutir la temática y la elaboración del guion fotográfico. En abril del mismo año, se procedió con las fotografías, con cuatro participantes: investigador principal, fotógrafo, auxiliar de investigación para realizar las anotaciones de campo y un técnico de enfermería voluntario, que participó del primer grupo focal. El segundo grupo focal fue realizado en el mes de mayo para discusión y obtención de datos fotográficos.

Los grupos focales contaron con ocho participantes cada, mediante la inscripción previa y confirmación de los interesados. Las discusiones se grabaron en audio para asegurar la fidelidad de las informaciones. Los encuentros duraron 1 hora y 30 minutos y ocurrieron en una sala de reuniones de la institución, objetivando la privacidad del grupo. En el primer grupo focal se utilizó una guía de temas con los siguientes cuestionamientos: ¿Qué creen que es un procedimiento quirúrgico seguro? ¿En su opinión, cuáles son los aspectos que influyen en la aplicación del *checklist* de la cirugía segura? ¿Cómo el equipo multiprofesional realiza la aplicación del *checklist* de la cirugía segura? ¿Cuál es la influencia del *checklist* de la cirugía segura en el cuidado ofrecido al paciente en el perioperatorio?

A cada participante (P) se le atribuyó un número (P1, P2 [...] P8), tanto para cada grupo focal como para las narrativas de las fotografías.

Los datos fueron transcritos y organizados junto a las fotos en el programa NVivo10, siendo analizados por la técnica de análisis de contenido del tipo temática, siguiéndose las fases de pre-análisis, exploración del material, tratamiento de los resultados, inferencia e interpretación⁽¹³⁾.

El estudio tramitó en el Comité de Ética en Pesquisas de la institución y fue registrado en la Plataforma Brasil con el Parecer Consubstanciado nº 530.038, del 13 de febrero de 2014, con CAAE:

26690914.9.0000.5328. Para realizar el muestreo, todos los participantes del grupo focal recibieron y firmaron en dos vías (una para el participante y otra para el investigador) el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE), manifestando su concordancia en participar del estudio y su anuencia cuanto a la grabación en audio. También recibieron orientaciones los participantes que realizaron las fotografías y se elaboraron distintos TCLE para pacientes/familiares y médicos/funcionarios que se encontraban en los ambientes donde las imágenes estaban siendo registradas, atendiendo a las normas nacionales e internacionales de ética en las investigaciones que envuelven seres humanos⁽¹⁴⁾.

RESULTADOS

Después de la organización y el agrupamiento del material, emergieron tres categorías temáticas: *Checklist* para la seguridad del paciente: todavía un desafío; Dificultad de adherir al *checklist* de la cirugía segura; y Etapas del *checklist*.

Checklist para seguridad del paciente: Todavía un desafío

En los debates, se destacó que el *checklist* constituye una barrera para prevenir posibles errores de lateralidad del procedimiento quirúrgico y de cambio de paciente en la sala operatoria, además asegura la correcta identificación del paciente en el momento de prepararlo para entrar en el centro quirúrgico.

La necesidad de que los pacientes se sientan seguros fue enfatizada por los participantes del estudio, al relatar los momentos que ellos interactuaban con los pacientes al rellenar la lista de verificación quirúrgica en todas las fases: antes, durante y después de la operación.

En la rutina institucional, cuando el paciente llega a la recepción quirúrgica, es recibido por un auxiliar administrativo que colecta los datos de identificación, imprime e instala una pulsera blanca en el brazo derecho, orientándolo e informándolo sobre la finalidad del uso de la pulsera de identificación. En la secuencia, el paciente es encaminado para la sala de preparación quirúrgica, donde continúa el atendimento a partir de la reconfirmación de sus datos de identificación por medio de una pregunta oral, verificación del prontuario y de las informaciones contenidas en la pulsera de identificación. Ocurre el cambio de ropa, verificación de los signos vitales y continúa la entrevista, para investigar sobre el uso de medicamentos, alergias y procedimientos quirúrgicos previos, y para ratificar el procedimiento que será realizado.

La presencia de alergias se señala colocando una pulsera de color naranja, para que esa información se quede destacada para todos los equipos. Este momento caracteriza el inicio del proceso de enfermería en el centro quirúrgico, en el que se reúnen las informaciones que serán, posteriormente, utilizadas en la sala operatoria y en la sala de recuperación posanestésica. La figura 1 retrata el momento de la admisión del paciente en la sala de preparación quirúrgica y representa la primera etapa de aplicación del *checklist*.

La figura 2 retrata la identificación del paciente por medio de la pulsera, cumpliendo la meta número 1 de la seguridad del paciente preconizada por la OMS, evitando así, errores de identificación o cambios de nombres entre los pacientes. Otro aspecto destacado por los participantes del estudio destaca la importancia del uso de pulseras de identificación y señalización de alergias, porque previene la administración inadecuada de medicamentos al paciente alérgico, reforzando su seguridad. Los trechos que siguen muestran algunas palabras de los miembros del grupo sobre estos aspectos:

Figura 1. Admisión de los pacientes en la sala de preparación quirúrgica - Centro Quirúrgico. Porto Alegre/RS, 2014



En el momento que recibimos al paciente, quien esté realizando el triaje tiene que confirmar con el paciente el nombre completo, antes o cuando este se esté cambiando de ropa; hacemos esa confirmación para la seguridad del paciente. (P1) Grupo focal 2, 28/06/2014.

A mí ya me pasó de llamar a un paciente, y él no ser el paciente llamado. Me parece maravilloso que haya una pulsera para identificar el paciente. Todo es poco. (P3) Grupo focal 2, 28/06/2014.

Figura 2. Pulsera de identificación del paciente y de riesgo de alergia - Sala de preparación quirúrgica. Porto Alegre/RS, 2014



Según los participantes, en las discusiones del grupo focal, los pacientes se muestran ansiosos y con señales de nerviosismo en los momentos que anteceden la llamada para la cirugía, lo que puede ocasionar dificultades y bloqueos al escuchar su nombre o nombre parecido, que crean situaciones de posibles cambios de pacientes.

Para prevenir esas posibles fallas, la institución adoptó rutinas en las que se enfatiza que cualquier miembro del equipo quirúrgico o de enfermería, al buscar al paciente en la sala de preparación quirúrgica, debe llamarlo por el nombre completo, conferir con el prontuario y con la pulsera de identificación, y reforzarle la orientación sobre la pulsera que señala el riesgo de alergia. En la sala quirúrgica, en el momento que se rellena el *checklist*, esos mismos ítems deben ser confirmados, además de ratificar el nombre del procedimiento que será realizado.

Dificultad de adhesión al checklist de la cirugía segura

En esta categoría se agruparon los motivos de la no adhesión, así como las dificultades para cumplir los protocolos de aplicación del *checklist* de la cirugía segura. Conversando con el grupo, se observó que todos conocían el instrumento para realizar el *checklist* de la cirugía segura, pero, refirieron tener dificultades para rellenarlo, principalmente por la necesidad de agilizar el proceso y encaminar rápidamente el paciente a la sala de cirugía. Las discusiones del grupo reflejaron las dificultades de adhesión de los médicos, cirujanos y anestesiólogos, para seguir el protocolo, conforme se puede observar en el trecho que sigue:

Tenemos una barrera con el checklist dentro de sala, debido a nuestros médicos. [...] Porque algunos médicos

no aceptan. [...]. (P1) Grupo focal 1, 18/03/2014.

En sala es muy complicado hacerlo. ¿Qué hacemos? Intentamos identificar, hacer el checklist en el triaje, confirmar el nombre del paciente, pulsera, cirugía, cirujano, alergias, conversa todo lo que se tiene que conversar, porque cuando llega a la sala ellos ya acuestan al paciente en la camilla y lo puncionan, no nos dejan ni hablar. (P8) Grupo focal 1, 18/03/2014.

Hay médicos que no dejan hacer nada, ni preguntarle nada al paciente, ellos ya llevan al paciente para la sala. (P2) Grupo focal 1, 18/03/2014.

Según los participantes, para que el uso del *checklist* de la cirugía segura acontezca de manera adecuada, los equipos de enfermería y médico necesitan ser entrenados, para reforzar la importancia y los beneficios de la aplicación del instrumento, incentivando su uso mudando así la cultura de seguridad de la institución.

Etapas del checklist

En esta categoría se abordaron las ideas relativas a las diferentes etapas del *checklist* que, muchas veces, no transcurrieron en los tiempos preconizados y perjudicaron su utilización como barrera para evitar las fallas en el proceso quirúrgico.

En los grupos focales, se discutió que existen fallas al rellenar el *checklist* de la cirugía segura y esto se puede constatar en las fotografías, cuando se observa que, en algunas situaciones, el instrumento estaba completamente relleno antes de iniciar la cirugía o después de terminada, sin respetarse los momentos correctos de su

aplicación. Según los participantes, esta práctica se realiza así para agilizar el proceso quirúrgico.

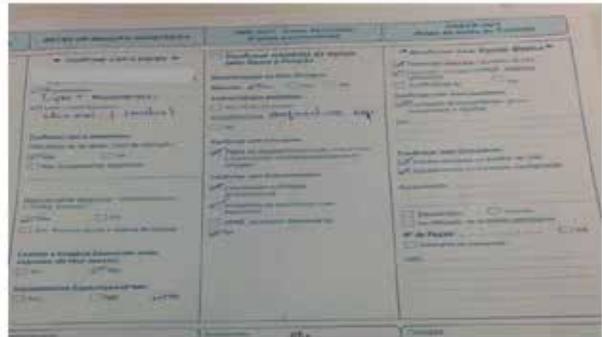
Es que, en mi opinión, ese checklist se hace antes, porque en una cirugía es muy rápido y tenemos que sacar el paciente, y ese papel va junto. Entonces, si tú no lo rellenas en aquel momento que puedes hacerlo, después no lo logras y ahí el paciente va para la sala de recuperación sin el papel. (P8) Grupo focal 2, 28/06/2014.

Ellos no entienden. Ellos no quieren perder tiempo en la sala, ellos creen que eso es una bobería. Y cuando intentamos aplicar el checklist en la sala antes, tuvimos varias barreras, varias discusiones. [...] realmente, aquí, no logramos hacer nuestro papel, el cirujano hace su papel, el anestesista hace el suyo. [...] por causa que el anestesista cree que eso es bobería, que el médico cree que es bobería. (P1) Grupo focal 2, 28/06/2014.

Por el control y la conferencia que se realiza cuando el paciente llega a la sala de recuperación, se identificó que prácticamente todos los pacientes tenían los registros completos en el *checklist*. No obstante, cuando se hacían las fotografías se observó que en algunos casos, el paciente todavía estaba en la cirugía y el *checklist* ya estaba completamente relleno o ni se había iniciado; en otro procedimiento, el paciente todavía estaba despierto, conversando con el equipo y siendo preparado para el procedimiento, y el documento ya estaba relleno en gran parte, corroborando que el *time out* (pausa antes de la incisión quirúrgica, cuando el

paciente ya está anestesiado) no aconteció en aquella situación, pero lo habían relleno como si hubiese ocurrido en los tiempos adecuados. La figura 3 ilustra los aspectos descritos, con el instrumento completamente relleno antes del inicio de la cirugía.

Figura 3. Rellenado anticipado del *checklist* - Sala quirúrgica. Porto Alegre/RS, 2014



En el grupo focal, los técnicos de enfermería enfatizaron que el equipo médico no permitió la realización de la pausa quirúrgica, acelerando el proceso quirúrgico para viabilizar la realización de varios procedimientos en secuencia.

Otra inconformidad relatada fue cuanto a la falla en la marcación de la lateralidad quirúrgica. De acuerdo con el protocolo institucional, el paciente tendría que hacer la primera marca quirúrgica (círculo de color rojo) acompañado de un profesional de enfermería; y la segunda marca debería ser realizada por el médico cirujano, por medio de un círculo de color azul, con la intención de confirmar con el paciente, todavía despierto, donde sería realizado el procedimiento. Sin embargo, esta segunda confirmación ni siempre ocurre.

En la figura 4 se demuestra la marcación quirúrgica realizada por el paciente y la no confirmación por el médico cirujano, porque la paciente ya estaba sedada. Durante la realización de las fotografías, se registró que solamente hubo la marcación de la lateralidad realizada por

Figura 4. Marcación de la lateralidad - Sala quirúrgica. Porto Alegre/RS, 2014

la paciente. En el momento de la confirmación de la lateralidad por el médico, él ya estaba realizando el cepillado quirúrgico de las manos para entrar en campo, sin confirmar el local donde sería realizado el procedimiento con el círculo azul, conforme preconizado por el protocolo.

DISCUSSÃO

Estos resultados pueden contribuir para el aumento del conocimiento sobre este tema que es emergente en los sistemas de cuidado en salud, necesitando que se explore más en el contexto de los hospitales brasileños para mejorar la seguridad del paciente, específicamente en el área del centro quirúrgico.

El uso de una metodología innovadora, como los métodos fotográficos participativos en el abordaje ecológico restaurativo, puede colaborar con la implantación y el perfeccionamiento del uso del *checklist* de la cirugía segura, por medio de la movilización y el compromiso de los profesionales envueltos en los procesos, de los dirigentes y de los tomadores de decisiones en las instituciones investigadas.

Os hallazgos de este estudio demuestran que el equipo de enfermería reconoce la importancia del uso del *checklist* de la cirugía segura

para promover la seguridad del paciente en el centro quirúrgico. No obstante, algunas etapas de este proceso todavía no se cumplen, por la dificultad de adhesión que los equipos médicos y de enfermería tienen.

El seguimiento de las etapas conforme preconizado, con pausas para conferir datos en los momentos críticos de los procedimientos quirúrgico-anestésicos, como, por ejemplo, antes de la inducción anestésica, antes de la incisión y antes de salir de la sala operatoria, necesita que se enfatice, a través de capacitaciones y orientaciones de los equipos médicos y de enfermería. El no cumplimiento de cada una de esas etapas puede acarrearles fallas y perjuicios a los pacientes. Este aspecto fue destacado en un estudio realizado en un hospital de referencia de Etiopía, donde se identificó que la lista de verificación quirúrgica contribuyó a la mejoría de la comunicación entre los profesionales. Pero también reiteró que aún es necesario incrementar el entrenamiento de los equipos asistenciales y reforzar el uso de esta herramienta⁽¹⁵⁾.

Los hallazgos de la presente investigación concuerdan con los resultados de otros estudios^(16,17), que señalan que el *checklist* se aplica en todos los procedimientos quirúrgicos, pero los pasos de la lista de verificación no se ejecutan totalmente, comprobando que existen fallas

relacionadas a los registros del protocolo y que la adhesión al *checklist* depende de la cultura de seguridad de la institución y del empoderamiento de los equipos quirúrgicos y de enfermería.

Un estudio realizado en Suiza, sobre la implantación del *checklist* de la cirugía segura entre los servicios públicos y privados, presentó mayor dificultad de adhesión en los servicios privados, teniendo como respuesta “una pérdida de tiempo”⁽¹⁷⁾.

La literatura⁽¹⁸⁻²⁰⁾ señala que la implantación de esta herramienta puede contribuir a la reducción de las complicaciones generales en los pacientes quirúrgicos, además de corroborar la sensibilización para mejorar la seguridad del paciente, minimizando riesgos a partir de una cohesión mayor entre los equipos y por la coordinación de las actividades y proporcionando una mejor calidad en la atención. Algunas dificultades para implantar el *checklist* de la cirugía segura se derivan de problemas organizacionales, habilidades humanas, características culturales y creencias, pudiendo resultar en duplicación de actividades, uso inadecuado, tiempo consumido, tiempo insuficiente, comunicación ruin entre los profesionales, ausencia de familiaridad entre los profesionales o constreñimientos en la sala quirúrgica.

Las dificultades de adhesión encontradas indican que son necesarias estrategias para implantar el *checklist* de la cirugía segura, objetivando facilitar la adaptación y aumentar la adhesión de los equipos. Además, es fundamental que las líderes, los equipos médicos y de enfermería de la línea de frente, se comprometan con la implantación y el acompañamiento del *checklist* de la cirugía segura⁽¹⁸⁾.

Otros aspectos observados a partir de las discusiones en los grupos focales refirieron cómo los técnicos de enfermería, después del entrenamiento sobre el rellenado y la importancia del *checklist* de la cirugía segura, se sentían habili-

tados para aplicar el instrumento. Estas ponderaciones llevaron a cuestionar si ellos realmente valorizaban ese instrumento o si se trataba solo de más un documento a ser rellenado. Delante de esas consideraciones, se puede suponer que, en algunas situaciones, el equipo de enfermería no se sintió responsable por cobrarle al equipo médico el seguimiento del protocolo, ya que ellos no parecían valorizarlo, relacionando la demora para iniciar los procedimientos quirúrgicos al rellenado del *checklist*.

La confirmación de la lateralidad y la marcación del procedimiento quirúrgico (círculo azul) por el médico cirujano no ocurrieron de acuerdo con el protocolo institucional, conforme discutido en el grupo focal y constatado durante la realización de las fotografías. Se observó en varios momentos, que solamente el paciente realizaba la marcación con el auxilio de la enfermería, en la sala de admisión quirúrgica.

Estos hallazgos refuerzan las recomendaciones de otros estudios sobre la importancia de la marcación de la lateralidad quirúrgica realizado por las asociaciones profesionales americanas de enfermería Perioperatoria, que enfatizan que ella se debe hacer en el preoperatorio, en tiempo hábil, teniendo la certeza del local que será operado. Este proceso tiene el objetivo de evitar que la cirugía sea realizada en la persona y en el local equivocado, y también de evitar procedimientos que coloquen en riesgo la seguridad del paciente y del equipo^(8,15).

Es importante destacar que no se observó la realización del *time out* durante la realización de las fotografías, a pesar de que la aplicación de la pausa quirúrgica es uno de los momentos más importantes del *checklist*, pues es el momento de confirmar los miembros del equipo quirúrgico, además de certificarse el sitio quirúrgico, garantiendo así la seguridad del paciente. Se identificó que el no seguimiento de las etapas del protocolo resultó en situaciones no ade-

cuadas, como por ejemplo, los casos en que el impreso del *checklist*, ya estaba completamente rellenado cuando el paciente todavía no estaba anestesiado o, en otros casos, en los cuales el paciente estaba siendo operado e o *checklist* permanecía en blanco, rellenándose solo al final del procedimiento quirúrgico.

Los métodos fotográficos, utilizados en la investigación, contribuyeron a la reevaluación del local de trabajo por los profesionales y a la aplicación de las actividades y las rutinas asistenciales. En el momento de la elucidación de las fotos, en el segundo grupo focal, las imágenes hablaban por sí solas, con los participantes interpretando las fotos e identificando mejoras, además de señalar situaciones que necesitaban ser ajustadas.

Semejante a los hallazgos de otro estudio⁽¹⁹⁾, la utilización del abordaje fotográfico participativo restaurativo ayudó a los profesionales de enfermería a (re)pensar y a colaborar, generando así, mejoras significativas al proyecto físico, disposición y organización de materiales y equipamientos. Además, posibilitó la comprensión de inúmeras facetas envueltas en el complejo ambiente, donde se desarrollan las acciones de cuidado en instituciones hospitalarias, contribuyendo al fortalecimiento de la cultura de seguridad dentro del ambiente de trabajo⁽¹²⁾.

CONCLUSIÓN

El *checklist* de la cirugía segura fue un protocolo que auxilió en la prevención de fallas en los procesos asistenciales y consecuentes daños a los pacientes. Su implantación en las instituciones de salud necesita que se acompañe y se evalúe para identificar posibles fallas en las etapas de aplicación y las dificultades de adhesión de los equipos, con el objetivo de proponer

estrategias de mejoras. Entre las principales fallas observadas, se encuentran la baja adhesión del equipo médico para realizar el *time out* y para confirmar el local del procedimiento, por medio de la marcación, conforme el protocolo institucional.

La naturaleza participativa de los métodos de investigación fotográficos restaurativos posibilitó el comprometimiento de los profesionales del campo de estudio y la mejorar la aplicación del *checklist*, a partir de las sugerencias y propuestas hechas por ellos.

A pesar de la relevancia de los hallazgos y de las descripciones de situaciones, que pueden ser comunes en otras instituciones en los escenarios de centros quirúrgicos en nuestro país, se destaca la necesidad de realizar nuevas investigaciones con distintos abordajes para profundizar el conocimiento del fenómeno investigado.

CITAS

1. Spruce L. Back to basics: implementing the surgical checklist. [Internet]. AORN J. 2014; 100(5):465-73; quiz 474-6. [cited 2015 sep. 15]. Available from: <http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092%2814%2900877-1/pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2014.06.020>
2. Wilson RM, Michel P, Olsen S, Gibberd RW, Vincent C, El-Assady R, Rasslan O, Qsous S, Macharia WM, Sahel A, Whittaker S, Abdo-Ali M, Letaief M, Ahmed NA, Abdellatif A, Larizgoitia I; WHO Patient Safety EMRO/AFRO Working Group. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. [Internet]. BMJ. 2012; 344:e832. [cited 2015 nov. 10]. Available from: <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e832.full.pdf>. doi: 10.1136/bmj.e832
3. Haugen AS, Søfteland E, Almeland SK, Sevdalis N, Vonem B, Eide GE, et. al.
4. Effect of the World Health Organization Checklist on Patient Outcomes- A stepped wedge cluster

- randomized controlled trial. [Internet]. *Ann Surg.* 2015;261(5):821-828. [cited 2016 oct. 30]. Available from: <http://journals.lww.com/annalsofsurgery/toc/2015/05000>. doi: 10.1097/SLA.0000000000000716
5. Borchard A, Schwappach DL, Barbir A, Bezzola P. A systematic review of the effectiveness, compliance, and critical factors for implementation of safety checklists in surgery. [Internet]. *Ann Surg.* 2012; 256(6):925-33. [cited 2015 jun. 20]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22968074>. doi: 10.1097/SLA.0b013e3182682f27
 6. Joint commission international. National patient safety goals effective. 2013. [cited 2015 nov. 11]. Available from: http://www.jointcommission.org/hap_2014_npsgs
 7. Walker A, Reschamwalla S, Wilson IH. Surgical safety checklists: do they improve outcomes? [Internet]. *BrJAnaesth.* 2012; 109(1):47-54. [cited 2015 jul. 11]. Available from: <http://bjaoxfordjournals.org/content/109/1/47.full.pdf>. doi:10.1093/bja/aes175
 8. Cruz YL, Algonso PM, Pérez ACD. Seguridad del paciente en la cirugía refractiva con láser. [Internet]. *Revista Cubana de Oftalmología.* 2012; 25(1):57-64. [cited 2015 aug. 23] Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762012000100008&lng=es.
 9. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et. al. Safe Surgery Saves Lives Study Group. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. [Internet]. *BMJ Qual Saf.* 2011; 20(1):102-7. [cited 2015 mar. 8]. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/20/1/102.full.pdf>. doi:10.1136/bmjqs.2009.040022
 10. Brasil. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. [cited 2015 oct 20]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
 11. Marck PB, Molzahn A, Berry-Hauf R, Hutchings LG, Hughes S. Exploring safety and quality in a hemodialysis environment with participatory photographic methods: a restorative approach. [Internet]. *Nephrol Nurs J.* 2014; 41 (1): 25-35. [cited 2015 mar. 15]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24689262>
 12. Ray JL, Smith AD. Using photographs to research organizations: evidence, considerations, and application in a field study. [Internet]. *Organizational Research Methods.* 2012; 15 (2): 288-315. [cited 2014 may. 13]. Available from: <http://orm.sagepub.com/content/early/2011/12/19/1094428111431110.full.pdf>. doi:10.1177/1094428111431110
 13. Magalhães AMM, Dall'Agnol CM, Marck PB. Nursing workload and patient safety - a mixed method study with an ecological restorative approach. [Internet]. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013; 21, Spec No: 146-154. [cited 2015 nov. 11]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/19.pdf>. doi.org/10.1590/S0104-11692013000700019
 14. Minayo MC. [Qualitative analysis: theory, steps and reliability]. *Cienc Saude Coletiva.* 2012; 17(3):621-6. Portuguese.
 15. Brasil. Resolução nº 466/12. [Internet]. Brasília; 2012 [cited 2014 oct. 11]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
 16. Fourcade A, Blache JL, Grenier C, Bourgain JL, Minvielle E. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. [Internet]. *BMJ Qual Saf.* 2011; 21(3):191-7. [cited 2015 mar. 15]. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2011/11/07/bmjqs-2011-000094.full.pdf>. doi:10.1136/bmjqs-2011-000094
 17. Maziero ECS, Silva AEBC, Mantovani MF, Cruz EDA. Adherence to the use of the surgical checklist for patient safety. [Internet]. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015; 36(4):14-20. [cited 2015 dec. 10]. Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/53716/35653>. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.53716>
 18. Cullati S, Licker MJ, Francis P, Degiorgi A, Bezzola P, Courvoisier DS, et. al. Implementation of the Surgical Safety Checklist in Switzerland and Perceptions of Its Benefits: Cross-Sectional Survey. [Internet]. *PLoS ONE.* 2014, 9(7),

- e101915. [cited 2015 oct. 10]. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article/asset?id=10.1371%2Fjournal.pone.0101915.pdf>. doi:10.1371/journal.pone.0101915
19. Liza, S. Back to basics: implementing the surgical checklist. [Internet]. *AORN J*. 2014; 100(5):465-73. [cited 2015 nov. 18]. Available from: <http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092%2814%2900877-1/pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2014.06.020>
20. Gimenes FR, Marck PB, Atila EG, Cassiani SH. Engaging nurses to strengthen medication safety: fostering and capturing change with restorative photographic research methods. [Internet]. *Int J Nurs Pract*. 2014. Epub ahead of print.[cited 2015 dez. 10]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24724623>. doi:10.1111/ijn.12304
21. Papaconstantinou HT, Jo C, Reznik SI, Smythe WR, Wehbe-Janek H. Implementation of a Surgical Safety Checklist: Impact on Surgical Team Perspectives. [Internet]. *The Ochsner Journal*. 2013; 13(3), 299–309.[cited 2015 nov. 15]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3776503/pdf/i1524-5012-13-3-299.pdf>.

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 11/05/2016
Revisado: 22/03/2018
Aprobado: 22/03/2018