

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.

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

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Cirurgia 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

La 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 CNPq, 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 periodos 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 (Figura 1).

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.

Tabla 1 - *Ranking* medio del grado de acuerdo en relación con la evaluación de las características y propósitos del CSQPP por el comité de expertos (n=8). Curitiba, PR, Brasil, 2014

Pregunta	De acuerdo %	Indiferente %	En Desacuerdo %	Ranking medio Likert
El título ayuda a los lectores a identificar la información que van a observar	100	0	0	1,38
El título es conciso y atractivo	88	12	0	1,25
El título corresponde al programa Cirugía Segura Salva Vidas	88	12	0	1,25
Aplicación práctica del instrumento	100	0	0	1,63
Dominio del investigador	100	0	0	1,88
Contribuye a la construcción del conocimiento	88	12	0	1,63
Hay coherencia o relación entre las categorías	88	12	0	1,25
Hay detalles o elementos superfluos que desvían la atención del lector	25	0	75	1,00
Texto con tamaño y posición apropiados	76	12	12	1,00

Tabla 2 - *Ranking* medio del grado de acuerdo para la posibilidad de utilizar el CSQPP, por el comité de expertos (n=8). Curitiba, PR, Brasil, 2014

Pregunta	De acuerdo (%)	Indiferente (%)	En desacuerdo (%)	Ranking medio Likert
Checklist contribuye a la seguridad	100	0	0	1,63
Hay elementos que necesitan más información	12	0	88	1,50
Hay algún tema que debería incluirse para su completitud	12	0	88	1,38
Hay algún tema que deba ser excluido	0	0	100	1,88
Checklist utiliza referencial teórico	100	0	0	1,50
Checklist es eficaz para la planificación y gestión	100	0	0	1,63
Checklist ayudará a prevenir errores	88	12	0	1,50
Checklist se puede replicar	100	0	0	1,63

Tabla 3 - *Ranking* medio del grado de acuerdo de la evaluación general del CSQPP, por el comité de expertos (n=8). Curitiba, PR, Brasil, 2014

Pregunta	De acuerdo (%)	Indiferente (%)	En Desacuerdo (%)	Ranking medio Likert
Pertinencia	100	0	0	1,75
Credibilidad	100	0	0	1,75
Viabilidad de aplicación	100	0	0	1,75
Validez del instrumento	100	0	0	1,63
Organización lógica del contenido	88	12	0	1,38
Interface profesional y paciente quirúrgico	75	25	0	1,38

CHECKLIST DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO**I) IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: _____ Registro: _____ Idade: _____ Sexo: F M Enfermaria/Leito: _____
 Data internamento: ___/___/___ Data Cirurgia: ___/___/___ Cirurgia /Local: _____ Lado: Dir. Esq. Bilateral NSA

II) ANTES DO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA O CENTRO CIRÚRGICO (CC)		III) RETORNO DO PACIENTE DO CC PARA UNIDADE DE INTERNAÇÃO (PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO - POI)	
		Data e Hora:	
1. Termo de consentimento para cirurgia.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	1. Nível de consciência.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
2. Termo de consentimento para anestesia.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	2. Sinais vitais estáveis.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
3. Avaliação e liberação anestésica.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	3. Náusea / vômito.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
4. Ficha de visita de enfermagem.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	4. Tipo de anestesia realizada.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
5. Exames de imagem.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	5. Condições da pele e perfusão tecidual de extremidades.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
6. Prontuário.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	6. Sistemas de drenagem.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
7. Preparo pré-operatório de rotina.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	7. Curativo cirúrgico.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
8. Pulseira de identificação.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	8. Mobilidade dos membros.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
9. Ausência de esmalte, roupa íntima, acessórios e próteses.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	9. Prescrição médica pós-operatória.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
10. Sítio cirúrgico marcado.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	10. Ficha de enfermagem transoperatório e REPAI preenchidas.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
11. Jejum mínimo de 8 horas. Obs:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	11. Acesso venoso permeável.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
12. Informa alergia.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	12. Paciente refere ou demonstra dor aguda.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
13. Observações.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	13. Recomendação especial.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Identificação e COREN: Data: _____ Hora: _____		Identificação e COREN: Data: _____ Hora: _____	

IV) PÓS-OPERATÓRIO MEDIATO (POM) (24 APÓS A CIRURGIA ATÉ A ALTA HOSPITALAR)				V) COMPLICAÇÕES
DATA	PO	PO	PO	PO
Tempo de pós-operatório	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Dor	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Cateter peridural <input type="checkbox"/> Bomba de PCA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Cateter peridural <input type="checkbox"/> Bomba de PCA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Cateter peridural <input type="checkbox"/> Bomba de PCA	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Cateter peridural <input type="checkbox"/> Bomba de PCA
Sistema Respiratório	<input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Hipóxia <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Hipóxia <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Hipóxia <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Hipóxia <input type="checkbox"/> Sem alterações
Sistema Digestório e Urinário	<input type="checkbox"/> Náusea/Vômito <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Dispositivos	<input type="checkbox"/> Náusea/Vômito <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Dispositivos	<input type="checkbox"/> Náusea/Vômito <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Dispositivos	<input type="checkbox"/> Náusea/Vômito <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Dispositivos
Sistema Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Sem alterações
Sistema Tegumentar (Pele)	<input type="checkbox"/> Lesões <input type="checkbox"/> Úlcera pressão <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Lesões <input type="checkbox"/> Úlcera pressão <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Lesões <input type="checkbox"/> Úlcera pressão <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Lesões <input type="checkbox"/> Úlcera pressão <input type="checkbox"/> Sem alterações
Sítio Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Sinais flogísticos <input type="checkbox"/> Drenagem <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Sinais flogísticos <input type="checkbox"/> Drenagem <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Sinais flogísticos <input type="checkbox"/> Drenagem <input type="checkbox"/> Sem alterações	<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Deiscência <input type="checkbox"/> Sinais flogísticos <input type="checkbox"/> Drenagem <input type="checkbox"/> Sem alterações
Identificação e COREN				
VI) ALTA HOSPITALAR <input type="checkbox"/> Domicili <input type="checkbox"/> Outro local _____				TRANSFERÊNCIA (para outro setor): _____
1. Bom estado geral		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		2. Dispositivos: <input type="checkbox"/> Sonda Nasogástrica <input type="checkbox"/> Nasoenteral <input type="checkbox"/> Sonda Vesical de Demora <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Ostomia <input type="checkbox"/> Dreno <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> NÃO
3. Avaliação de Ferida Cirúrgica <input type="checkbox"/> Limpa em Cicatrização <input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Infecção		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA		4. Orientações para cuidados no âmbito domiciliar e retorno ambulatorial _____ <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Identificação: _____ COREN: _____ Data: _____ Horário: _____				

NSA= não se aplica REPAI= Recuperação Pós Anestésica MS=membro superior MI=membro inferior MMSS= membros superiores MMII= membros inferiores
 PCA=paciente controla analgesia TEV= Tromboembolismo venoso

Figura 1 - Instrumento Checklist de Seguridad Quirúrgica de los períodos Pre y Posoperatório (CSQPP). Curitiba, PR, Brasil, 2014

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 disseminación, 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/cienccuidsaude.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/NEJMsa0810119#t=article>. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa0810119>
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%2Fs12630-012-9854-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, Paranaquá 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. Paranaquá 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-2011-000094.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.