



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico (2015-16)

Trabajo Fin de Grado

**Lista de Verificación Quirúrgica; una
propuesta de cambio cultural.**

(Revisión Bibliográfica)

Alumno: Neftalí de la Loma Duque.
Tutora: D^a Julia García Iglesias.

Junio, 2016

“.....Tenemos hoy los medios para ser más efectivos que nunca (...).Sin embargo, el prospecto de la utilización de un simple listado se contrapone con la cultura tradicional de la medicina, cuya creencia central es que, ante situaciones de alto riesgo y complejidad lo que se necesita es cierto tipo de audacia experta...Los Checklist y los procedimientos estándares de quirófano aparecen como exactamente lo contrario....”

Atul Gawande “The Checklist Manifesto: How to get things right “.2009

INDICE

RESUMEN	2
1 INTRODUCCION	4
1.1. Evolución histórica del Checklist.....	4
1.2. Concepto de Checklist	6
1.3. Listado de verificación de seguridad quirúrgica o Checklist de la OMS	7
1.4. Aplicación y Pilotaje de la lista de verificación o Checklist	12
1.5. Barreras en la Implementación del Checklist	13
1.6. Rol de la enfermería en el LVQ.....	14
2 OBJETIVOS	15
3 MATERIAL Y METODOS	16
4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN	21
5 CONCLUSIONES	25
6 ANEXO.....	26
7 BIBLIOGRAFÍA.....	29

RESUMEN

Introducción

En junio de 2008 la OMS lanzó un segundo reto mundial sobre seguridad del paciente; “La cirugía segura salva vidas”, con el objetivo general de mejorar la seguridad quirúrgica de los pacientes.

La OMS considera a la práctica de la cirugía como un asunto de salud pública y promueve establecer una serie de estándares mínimos, que pueden ser aplicados universalmente, definiendo un entorno de seguridad en el proceso quirúrgico, que se concreta en la difusión y aplicación de un “Checklist” o listado de verificación quirúrgica.

Objetivo: Conocer el grado de utilización de la lista de verificación quirúrgica, las causas que limitan su aplicación, así como la implicación de enfermería en su cumplimentación.

Metodología Revisión sistemática de la bibliografía.

Resultados Las listas de verificación quirúrgica constituyen una herramienta validada y efectiva con cuya implantación se puede mejorar el acto quirúrgico, tanto para los pacientes como para los profesionales. Tras su aplicación hay una mejora significativa de la morbilidad del paciente. También se produce un incremento en la comunicación entre los miembros del equipo del área quirúrgica.

Existen barreras para la implementación de las listas, que en muchos casos determinarán que las tasas de cumplimiento estén por debajo del nivel deseado.

Conclusiones Se necesita trabajar el diálogo y una implementación secuencial de la aplicación de las listas de Verificación para una buena puesta en marcha. De esta manera se conseguirá que estas listas se acaben convirtiendo en una herramienta efectiva.

Palabras Clave: Listado de verificación, Calidad en la asistencia sanitaria, Efectos Adversos, Enfermera de quirófano, Seguridad del Paciente, Intervención de Enfermería en Quirófano.

1. INTRODUCCIÓN

La Seguridad del paciente es una prioridad técnica y moral dentro de la práctica sanitaria. En enfermería nuestro objetivo es cuidar desde una perspectiva integral u holística. Esto implica al paciente, las familias y su entorno.

La propia razón de ser de la enfermería es inherente a la filosofía que subyace en el concepto seguridad del paciente.

Las consecuencias sanitarias, sociales y económicas de los efectos adversos que se producen en el contexto de la prestación sanitaria, han llevado a diferentes organismos internacionales, en los últimos años a reflexionar sobre la seguridad del paciente y sobre la gestión de los riesgos sanitarios. Así como a desarrollar recomendaciones y estrategias orientadas a la prevención, mitigación de los sucesos adversos y análisis de sus causas.

Se reflexionará sobre la pertinencia, existencia, contenido y uso de la lista de verificación quirúrgica (en adelante LVQ) o Checklist, como instrumento esencial en la mejora de la seguridad. La motivación para desarrollar esta revisión bibliográfica, es la curiosidad y deseo de implementación en la práctica diaria.

1.1 Evolución histórica.

Las listas de verificación constituyen una herramienta validada y efectiva. Son listas de control. Desde la antigüedad en la práctica sanitaria se ha buscado la manera de evitar errores.

Antecedentes como el código Hammurabi (1728 a.c.)(1), hasta Semmelweis en 1847 que relacionó la fiebre puerperal y el fallecimiento de pacientes con el lavado de manos nos dan indicios de la necesidad de lo que hoy denominamos seguridad del paciente (2).

Florence Nightingale considerada precursora de la enfermería moderna, en 1855, durante la guerra de Crimea, observó que había mayor incidencia de muertes por complicaciones postquirúrgicas en los grandes hospitales ante la misma patología, que, en los pequeños, creyendo que la causa era el mayor volumen de trabajo y la falta de comprobación en los actos quirúrgicos (3).

Ernest Codman; cirujano de Boston (1869-1940), señalaba la importancia de

cuantificar y de informar sobre los resultados obtenidos en diferentes hospitales., investigando las muertes no esperadas en el postoperatorio, presentando una clasificación de los errores en la cirugía (4).

Posteriormente el 29 de septiembre de 1999 se publica en IOM (Instituto de Medicina) “To err is human”, este informe puso de manifiesto los problemas de errores médicos y la seguridad del paciente, teniendo gran impacto en la gestión de la asistencia sanitaria (5).

Como consecuencia de su publicación se generó un intenso debate en la opinión pública en los Estados Unidos con la consecuente implicación de la comunidad científica. Es desde ese momento cuando aparece el concepto “Seguridad del paciente”.

Mediante la Resolución 55.18 (2002) dictada con motivo de la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, de la OMS se reconoció la necesidad de promover la seguridad del paciente (6).

En octubre de 2004, nace la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, que promueve la sensibilización y compromiso político para mejorar la seguridad de la atención sanitaria.

En junio de 2008 la OMS lanzó un segundo reto mundial sobre seguridad del paciente; “La cirugía segura salva vidas”, (Second Global Patient Safety Challenge: Safe surgery Saves Lives), con el objetivo general de mejorar la seguridad quirúrgica de los pacientes (7).

A partir de la constatación de que un 25% de las hospitalizaciones quirúrgicas pueden presentar complicaciones, de que cada año ocurren 7 millones de complicaciones incapacitantes y de que entre un 0,5-5% de los pacientes mueren tras cirugía y se suceden 1 millón de muertes al año en todo el mundo, la OMS **considera a la práctica de la cirugía como un asunto de salud pública** y promueve establecer una serie de estándares mínimos, que pueden ser aplicados universalmente, definiendo un entorno de seguridad en el proceso quirúrgico, que se concreta en la difusión y **aplicación de un “Checklist” o listado de verificación quirúrgica** (8).

1.2 Concepto de Checklist o lista de Verificación Quirúrgica.

El concepto de Checklist lleva utilizándose 75 años en el mundo de la aeronáutica y de forma intuitiva se traslada como herramienta para utilizarse en el quirófano.

Las Listas de Control, Checklist u Hojas de Verificación, son formatos creados para **realizar actividades repetitivas, controlar el cumplimiento de una lista de requisitos o recolectar datos ordenadamente y de forma sistemática, y se encuentran a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones y minimizar los eventos adversos evitables.** Garantizando que la persona encargada de aplicar la lista, no se olvida de nada importante.

Se puede definir LVQ como: “el registro que recoge una serie de actividades desarrolladas a lo largo del circuito quirúrgico, y que debe ser cumplimentado por escrito por los profesionales sanitarios responsables de la prescripción, realización y/o comprobación de dichas actividades, como complemento a la verificación sistemática que se realiza de modo verbal” (9).

Entre las prácticas recomendadas para la reducción de los efectos adversos, destaca la lista de verificación quirúrgica (LVQ), un breve cuestionario que, sin incrementar el gasto hospitalario, resulta accesible a todos los centros hospitalarios, es adaptable a las necesidades de cada uno de ellos, y permite diferenciar si el origen de los eventos adversos reside en el factor humano o, por el contrario, obedece a fallos técnico-sistémicos. Los LVQ son ayudas cognitivas para la realización de determinadas actividades.

El LVQ es una herramienta con la que además de garantizar la seguridad del paciente y usuario, se facilita y acredita la buena praxis por parte de los profesionales sanitarios (10). Ahora bien, la prevención de eventos adversos en el área quirúrgica no sólo disminuye la morbi-mortalidad de los pacientes, sino que disminuye el riesgo quirúrgico de los profesionales (segundas víctimas), en la medida en que a menos efectos adversos (EAs), habrá menos reclamaciones, menos procesos judiciales y más elementos de defensa frente a las reclamaciones que se presenten.

Según los datos de la OMS, su implantación permite salvar hasta medio millón de vidas al año en todo el mundo. Un estudio elaborado por la misma entre 2008 y 2009, reveló que la implantación del Checklist redujo el porcentaje de errores evitables en

un 35,2 % y un 24,3%. A partir de los resultados de este estudio la OMS elaboró la denominada Surgical Safety Checklist, una lista de verificación de seguridad quirúrgica básica y orientativa que se está implementando en la actualidad en los hospitales de 122 países entre los que se encuentra España. A pesar de estos resultados existen reticencias para su implantación (11).

1.3 Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica de la OMS.

Se enmarca en el ya citado reto Mundial “La Cirugía Segura salva vidas”, de la Alianza Mundial para la seguridad del paciente, de la OMS.

La iniciativa se centra en cuatro áreas temáticas y en una serie de aspectos esenciales:

1. **Cirugía Limpia:** mediante el lavado de manos, uso apropiado de antibióticos, preparación de la piel, cuidado de la herida quirúrgica y descontaminación del material.
2. **Anestesia segura:** A través de la presencia de un anestesista entrenado, pulsioximetría y monitorización adecuada de la frecuencia cardiaca, presión sanguínea, temperatura.
3. **Equipos quirúrgicos** adecuados y profesionales seguros: personal entrenado, identificación inequívoca, del paciente y lugar correcto de la cirugía, mecanismos de control del dolor, consentimiento informado, disponibilidad de equipamiento e instrumental.
4. **Garantizar la calidad:** Implantar medidas y mecanismos que aseguren la calidad mediante revisiones de expertos y seguimiento de las complicaciones (12).

A finales de 2006, Atul Gawande, cirujano del hospital Brigham and Women’s de Boston, investigador y autor de numerosos trabajos sobre errores quirúrgicos fue propuesto por la OMS para que coordinara un grupo internacional de especialistas para desarrollar un programa mundial destinado a reducir la morbi-mortalidad quirúrgica.

En el marco del reto “la cirugía segura salva vidas” reunió a profesionales de la cirugía, anestesia y enfermería especialistas de seguridad de casi todo el mundo.

Al comienzo del proyecto detectaron tres problemas:

- I. La falta de reconocimiento de este tema como problema en salud pública.
- II. La carencia de datos acerca de las cirugías. Se compara con los indicadores en morbi-mortalidad materno infantil que se han reducido en los últimos cincuenta años en gran medida por la vigilancia epidemiológica. Tal vigilancia hace falta en el cuidado quirúrgico.
- III. El fracaso para utilizar los conocimientos técnicos existentes en la actualidad. Por ejemplo, aun conociendo la eficacia del uso de antibióticos como profilaxis quirúrgica, reduciendo en un 50% la posibilidad de infección, no existen protocolos o coordinación al respecto (13).

Como consecuencia del análisis realizado publican los 10 objetivos, absolutamente básicos que pudieron hasta “resultar ofensivos” para profesionales experimentados.

Son los que a continuación se relacionan:

1. Intervenir al paciente correcto en el lugar del cuerpo correcto.
2. Utilizar los métodos disponibles para prevenir el daño derivado de la anestesia y evitar dolor al paciente.
3. Identificar y abordar adecuadamente los riesgos relacionados con la vía aérea.
4. Identificar y abordar adecuadamente el riesgo de pérdida significativa de sangre.
5. Evitar reacciones alérgicas y reacciones adversas a medicamentos en los pacientes con riesgo conocido.
6. Utilizar sistemáticamente métodos que minimicen el riesgo de infección de localización quirúrgica.
7. Prevenir la retención inadvertida de gases o instrumental.
8. Asegurar la identificación precisa de todas las muestras biológicas obtenidas en la intervención.
9. Comunicar e intercambiar de manera efectiva aquella información acerca del paciente que resulta crítica para la seguridad de la intervención.
10. Establecer sistemas de vigilancia y monitorización de la actividad quirúrgica (14).

La herramienta utilizada para cumplir con estos objetivos consta de 22 ítems en tres fases:

- 1) Antes de la inducción de la anestesia.
- 2) Antes de la incisión.
- 3) Antes de que el paciente abandone el quirófano. (periodo de cierre de la herida e inmediatamente posterior).

Todo el proceso de verificación no debería añadir más de tres minutos al procedimiento.

Este listado de verificación fue probado en ocho hospitales de países con características socioeconómicas muy distintas: Canadá, India, Jordania, Nueva Zelanda, Filipinas, Tanzania, Reino Unido y Estados Unidos.



Figura 1. Países de implantación del listado de verificación.

Los resultados fueron publicados en junio de 2009 en el New England Journal of Medicine (15). Con esta medida en apariencia simple se consiguieron resultados asombrosos. La tasa de complicaciones postoperatorias y de muertes se redujo en un 30%. El número de infecciones disminuyó casi a la mitad. (Tabla 1)

	GRUPO CONTROL	CON LISTA DE CHEQUEO	VALOR P
Nº CIRUGÍAS	3733	3955	
MUERTES	1,5%	0,8%	0,003
COMPLICACIONES	11%	7%	<0,001
INFECCIÓN SITIO QUIRURGICO	6,2%	3,4%	<0,001
REOPERACIÓN NO PLANIFICADA	2,4%	1,8%	0,047

Tabla 1 Resultados lista de verificación. Todos los sitios.

Haynes et A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population New England Journal of Medicine 360:491-9. (2009)

La puesta en práctica del procedimiento se lleva a cabo mediante cuatro líneas de acción.

- I. Proporcionando información a médicos, administradores y funcionarios de la salud sobre la importancia y las pautas de seguridad de la cirugía en el ámbito de la seguridad pública.
- II. Definiendo un conjunto mínimo de medidas uniformes (“estadísticas vitales quirúrgicas”) para la vigilancia nacional e internacional de la atención quirúrgica.
- III. Identificando un conjunto sencillo de normas de seguridad quirúrgica que puedan aplicarse a todos los países y entornos y recojan en una lista de verificación que se utilice en los quirófanos.
- IV. Evaluando y difundiendo la lista de verificación y las medidas de vigilancia, primero entre centros piloto de cada región de la OMS y después en los hospitales de todo el mundo (7).

Desde su lanzamiento, el Checklist de seguridad en la cirugía ha sido traducido a más de seis idiomas y más de 4000 hospitales de todo el mundo han implementado versiones modificadas del mismo, encontrándose barreras en su aplicación (16).

El LVQ no es un instrumento normativo ni un elemento de política oficial, pretende ser una herramienta sencilla a disposición de los profesionales sanitarios interesados en

1.4 Aplicación y pilotaje de la lista de verificación o Checklist.

El Plan en Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente de la Gerencia Regional de salud de Castilla y León nace con el objetivo de introducir en los centros sanitarios las líneas estratégicas y objetivos de la Gerencia Regional de Salud (GRS) para el periodo 2011-2015 relacionados con la gestión de calidad y la mejora de la seguridad del paciente.

La Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y las medidas enmarcadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo y de la OMS desde la GRS se concreta en la **Línea 7. Objetivo 7,5. Impulso de la seguridad del paciente: Proyecto 6.** Seguridad en el ámbito quirúrgico. Extensión de la utilización del Checklist quirúrgico de la OMS.

Proyecto 7. Prácticas seguras en el ámbito quirúrgico, Infección quirúrgica cero (19). (Implementación en Castilla y León).

Tras las indicaciones de la OMS, el objetivo es la implantación del LVQ en todos los hospitales del territorio nacional, para ello los distintos países y CCAA (caso de España) dotan de legislación a este objetivo.

Cada centro deberá decidir qué persona es la encargada de aplicar y rellenar la lista de verificación durante la operación. En general se encarga el enfermero circulante.

La LVQ divide la operación en tres fases ya definidas por la OMS y explicadas anteriormente. Se muestran desarrollados en los anexos I, II y III.

Estas listas de verificación tienen la característica de que son flexibles. Así cada centro hospitalario puede realizar una adaptación o modificación, con una actitud crítica, debiendo participar todas las partes integrantes del equipo, sometiéndolas a situaciones simuladas para comprobar su funcionalidad.

Toda lista de verificación debe incluir los siguientes aspectos para un buen desarrollo. Debiendo ser: focalizada, integrada, breve, ejecutable, verbal, cooperativa y comprobada (20).

1.5 Barreras en la Implementación del Checklist.

La resistencia de los profesionales de la medicina a la adquisición de esta cultura se puede deber a considerarlo reduccionista frente al arte de curar. Muchos lo consideran una imposición burocrática y administrativa que se agrega a las múltiples obligaciones que ya tienen (21).

Sin embargo, aunque los listados de verificación puedan verse como muy simples, tienen una fuerte base teórica y un lugar fundamental en los éxitos más significativos sobre seguridad del paciente en la última década. (22).

Desde la psicología cognitiva se clasifican la mayoría de las tareas en dos tipos: las que se realizan de manera “automática” y las que se realizan en “modo atención”. Estas últimas requieren una planificación activa y la capacidad de resolver problemas. Los errores derivados de cada una de las conductas también difieren. En el primer caso la conducta automática produce “fugas”, sin embargo, en el modelo de atención son “equivocaciones” debidas a la falta de experiencia o supervisión.

El ámbito quirúrgico es un contexto complejo en el que los participantes se enfrentan a dos grandes dificultades: la primera es la fiabilidad de la memoria humana y la atención, especialmente en la ejecución de tareas rutinarias que pueden ser pasadas por alto bajo el estrés. La segunda saltarse pasos por relajarse aún cuando los recuerden. En situaciones complejas algunos pasos no siempre parecen importantes, *“nunca hemos tenido un problema por esto, hasta que se tiene”*.

Los LVQ, tienen un gran potencial en reducir los errores por “fugas”. Estos brindan protección contra errores por distracciones, o exceso de confianza. Nos recuerdan los pasos mínimos y necesarios de manera explícita. No sólo brindan la posibilidad de una verificación, sino que favorecen un tipo de disciplina de alto rendimiento.

1.6 Rol de Enfermería en la implantación del LVQ.

El equipo de enfermería es el gran soporte del LVQ, asegurando su uso, implantación y seguimiento.

La persona encargada de la realización de los controles de seguridad en la intervención quirúrgica (habitualmente enfermera volante), denominada coordinadora de la lista, comprueba que el equipo ha llevado a cabo sus tareas. Con el paso del tiempo se pretende que cada uno vaya integrando los controles en sus tareas, sin necesidad de coordinador, responsabilizándose cada persona. Actualmente en los hospitales que se llevan a cabo los controles de seguridad, el encargado o encargada de llevarlo a cabo es el enfermero circulante. Esa persona deberá conocer en todo momento la organización del mismo y sus funciones.

ORGANIZACIÓN DEL L.V. Q	FUNCIONES DEL LVQ.
Presentación del equipo quirúrgico.	Permite condensar la información crítica.
Comprobaciones a realizar antes de la intervención quirúrgica.	Ayuda a reducir los errores de emisión.
Comprobaciones antes de la incisión quirúrgica.	Facilitan la realización de evaluaciones reproducibles.
Comprobaciones previas a que el paciente salga del quirófano.	Mejora los estándares de calidad y el uso de buenas prácticas.

Tabla 2. Organización y funciones de la lista de Verificación Quirúrgica

2. OBJETIVOS

Objetivo General

- Conocer el grado de utilización y cumplimiento de la lista de verificación quirúrgica.

Objetivos Específicos.

- Identificar las causas que limitan la implicación de las LVQ.
- Conocer la implicación del personal de enfermería en el cumplimiento de las LVQ.
- Determinar el efecto del uso de las LVQ sobre las relaciones y el trabajo en equipo.

3. MATERIAL Y MÉTODOS.

El trabajo realizado consiste en una revisión bibliográfica que recoge los inicios en la aplicación y los resultados obtenidos. Pretende contribuir a un cambio de cultura para mejorar la seguridad en el ámbito quirúrgico.

Para la elaboración de este trabajo se comienza a realizar la búsqueda bibliográfica desde Enero a Mayo de 2016.

Se realiza una traducción de las palabras naturales, a palabras clave, a través de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH), y empleando el operador booleano AND. (Tabla 3)

Se utilizan para la búsqueda las principales bases de datos nacionales e internacionales, el primer concepto utilizado fue Lista de Verificación quirúrgica. A este se siguen añadiendo términos para centrar la búsqueda, Enfermera de quirófano, Seguridad del paciente, Efectos adversos. Se utilizan criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión fueron:

- Artículos con texto completo.
- Idioma español e inglés.
- Humanos.

En cuanto a los criterios de exclusión:

- Artículos anteriores a 2008.
- Artículos de pago.

En lo referente a operadores booleanos el más utilizado en la búsqueda fue AND.

Para la realización de la gran mayoría de las búsquedas, se accede a través del Portal de Salud de la Junta de Castilla y León, el cual da opción de la búsqueda directa o a través de distintas bases de datos, o búsquedas en red con buscadores como google o google académico.

PALABRAS CLAVE UTILIZADAS	
DeCS	MeSH
Lista de verificación quirúrgica	Checklist
Enfermera de quirófano	Operating Room Nursery
Calidad de asistencia sanitaria	Quality of Health
Seguridad del paciente	Patient Safety
Intervenciones de Enfermería en Quirófano	Nursing Intervention of Operating Room

Tabla 3. Palabras clave utilizadas en la revisión.

En la base de datos: **WILEY ONLINE LIBRARY**.

Se utilizaron los términos DeCS Lista de verificación AND Enfermera de quirófano AND Seguridad del Paciente, aplicando filtros; 10 años, humanos, en español e inglés.

Resultados: 29 artículos.

Seleccionados: 5 artículos.

En esta; ESTUDIOS-METAANALISIS: Se utilizaron los términos DeCS Lista de verificación AND Enfermera de quirófano AND Seguridad del Paciente.

Resultando: 2 artículos

- "Systematic review and meta-analysis of the effect of the World Health Organization surgical safety checklist on postoperative complications".

- "Meta-Analysis of Surgical Safety Checklist Effects on Teamwork, Communication, Morbidity, Mortality, and Safety".

En la base de datos: **PUBMED** se accede por el Portal de Salud de Castilla y León.

DeCS utilizados en la búsqueda: Checklist AND Operating room nursing. Los filtros iguales a los anteriores.

Resultados: 56 artículos.

Seleccionados: 10.

En la base de datos **COCHRANE PLUS** : Accedemos por el Portal de Salud de Castilla y León.

DeCS utilizado Checklist, aparecen 4 artículos en Gestión de los que 2 son interesantes para el tema.

Resultados: 4 artículos.

Seleccionados: 2 artículos.

Artículos seleccionados:

- “La lista de verificación de prácticas quirúrgicas seguras. Más que los instrumentos, la voluntad de emplearlos”. (Estudio prospectivo)
- “Los beneficios del listado de verificación (Checklist) quirúrgico dependen de su implantación”. (Estudio de cohorte, prospectivo y observacional y metacéntrico)

En la base de datos, **BIBLIOTECA VIRTUAL DE LA SALUD**, utilizando Lista de verificación el operador booleano AND y el MeSH Operating, se encuentran 8 referencias de las cuales leídos los resúmenes se seleccionan tres artículos.

Resultados: 8

Seleccionados: 3.

En la revista **EVIDENTIA**. (Enfermería basada en la evidencia) y la búsqueda LVQ se encuentra un artículo. Estudio retrospectivo mediante muestreo aleatorio.

Resultado: 1 artículo.

En base de datos **ELSERVIER REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL**: Aplicando LVQ, se encuentra un Estudio descriptivo transversal.

Resultado: 1 Artículo: “Percepción de los profesionales sobre la utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica”.

En la base de datos **ELSERVIER CIRUGIA ESPAÑOLA**. Revista Nacional. Utilizando Listas de verificación quirúrgica.

Resultado: 1 Artículo: “Dificultades en la implantación del Checklist en los quirófanos de cirugía”. Estudio transversal retrospectivo.

En la revista, **ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERIA QUIRÚRGICA:** con la búsqueda LVQ con el booleano AND Seguridad del paciente AND Seguridad quirúrgica se encuentran 5 artículos, se seleccionan cinco artículos.

Resultados: 5 artículos.

Seleccionados. 5 artículos.

Artículo destacado: “Listado de verificación de seguridad quirúrgica/Checklist. Un elemento más dentro de la cultura de seguridad”.

En la revista, **METAS DE ENFERMERÍA:** Palabra empleada LVQ.

Resultado: Artículo: “El Checklist, avance hacia la excelencia en calidad asistencial”.

En la base de datos, **BIOMED CENTRAL:** 1 Artículo encontrado: “Los factores que impulsan la participación del equipo en los controles de seguridad quirúrgicas”: Estudio prospectivo.

En Internet, **GOOGLE ACADEMICO:** Organización Mundial de la salud. Palabras utilizadas en la búsqueda Lista de verificación quirúrgica de la OMS.

Estudio Piloto; Publicado en The New England Journal of Medicine. Nivel de Evidencia 2 (nivel medio). “Una lista de Verificación de seguridad Quirúrgica para reducir la morbilidad y la mortalidad en una población global”.

Estudio prospectivo de preintervención y los periodos posteriores a la intervención en los ocho hospitales participantes como sitios piloto dentro del programa de la cirugía segura salva vidas.

BASES DE DATOS	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
WILEY ONLINE LIBRARY	29	5
PUBMED	56	10
COCHRANE PLUS	4	2
BIBLIOTECA VIRTUAL DE LA SALUD	8	3
BIOMED CENTRAL	1	1
REVISTA DE CALIDAD	1	1
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CIRUGÍA QUIRURGICA	5	5
CIRUGÍA ESPAÑOLA	1	1
METAS ENFERMERÍA.	1	1
EVIDENTIA	1	1
GOOGLE ACADEMICO.	8	1

Tabla 4: Resumen artículos encontrados y los utilizados de las principales bases de datos.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

La revisión bibliográfica destaca, en la atención perioperatoria, el estrecho vínculo entre la comunicación y la seguridad. La gran mayoría de los efectos adversos se producen en los pacientes quirúrgicos, teniendo una gran repercusión económica y social. La eficiente comunicación y el trabajo en equipo son factores dentro de una organización que debieran estar dirigidos a garantizar un efectivo programa de seguridad.

Los LVQ; disminuyen la morbimortalidad y las complicaciones quirúrgicas.

La OMS constata que en 2008 se produjeron 7 millones de complicaciones incapacitantes y un millón de muertes al año en todo el mundo como consecuencia de actos quirúrgicos, por ello promueve implantar las LVQ (8).

El estudio realizado por Haynes, MD, (A Surgical Checklist to reduce Morbidity and Mortality in a Global Population), se estudiaron a 3.878 pacientes de 4 hospitales (Seattle, Toronto, Londres y Auckland) en los cuales se aplicó el Checklist y reveló que una reducción en el índice total de complicaciones del 3,13%, con una disminución de la mortalidad del 0,4%, una disminución del porcentaje de reintervenciones del 1,27% y de la infección quirúrgica del 1,17% .Se realizó un estudio prospectivo de pre-intervención y los periodos posteriores a la intervención en los ocho hospitales participantes como sitios piloto en “La cirugía segura salva vidas” (15).

El estudio realizado por De Vries, (Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes), en 7580 pacientes de 6 hospitales holandeses, muestra unos resultados muy similares a Haynes en cuanto a la disminución de la mortalidad y de las posibles complicaciones (23). De este estudio se extraen una serie de conclusiones a nivel legal, atribuyéndose a la práctica médica deficiente como una tercera parte de los factores implicados, pudiéndose haber mejorado con la aplicación de la lista de verificación quirúrgica o Checklist. (23).

El estudio realizado por Bergs J. et al. Revisión sistemática y meta análisis, “el efecto de la LVQ de la OMS sobre las complicaciones postoperatorias”, ha demostrado que

la instauración del listado reduce de forma significativa la tasa de complicaciones (del 11 al 7%) y de mortalidad (del 1,5 al 0,8%). Lo más llamativo de este estudio es que a esta reducción contribuyeron todos los centros participantes de diferentes continentes y características, es decir las listas de verificación son útiles en cualquier medio. (24)

Relación entre los LVQ y la comunicación del equipo de trabajo

El meta análisis de efectos quirúrgicos realizado por Lyons VE y colaboradores en la Universidad de Missouri “Lista de control de seguridad en el trabajo en equipo, Comunicación, morbilidad, mortalidad y Seguridad”. Examina la eficacia de las listas de verificación de seguridad quirúrgica en el trabajo en equipo, la comunicación, la morbilidad, la mortalidad y el cumplimiento de las medidas de seguridad. Los resultados indican que las LVQ, mejoran el trabajo en equipo y la comunicación, reducen la morbilidad y la mortalidad, y mejoran el cumplimiento de las medidas de seguridad (25).

En varios estudios, se demuestra que de los LVQ mejoran la comunicación, estudios realizados por Sewell, se observó que el 77% afirmaban mejorar la comunicación (26). Kearns et al. Halló un 70% en el mismo estudio (27). Ambos estudios confirman que la utilización de los LVQ mejora la comunicación.

El estudio realizado por Díaz del Real M Maestre Martínez M^a T, Durán. Y colaboradores. “Los Checklist más que listados son una herramienta de cambio cultural” (28)

Limitaciones en la aplicación del LVQ.

Como resultado de la implementación de los listados de Verificación se describen algunas barreras o limitaciones que se podrían agrupar del siguiente modo: Los estudios realizados por Levy, Kearns, Taylor y Conley demuestran como existen barreras a la hora de poner en práctica el LVQ.

Destacando los siguientes:

1. Confusión acerca de cómo se debe utilizar el Checklist

La falta de entendimiento de los puntos de control y su momento es una de las principales barreras según Levy (29), encontró problema en el momento en que se debían verificar cada uno de los ítems y quién debía conducir las preguntas.

2. Inconvenientes prácticos en el flujo de trabajo

Se refieren al tiempo que requiere el cumplimentar el listado y la duplicación de chequeos.

Kearns, dedujo que el 30% de los cirujanos que aplicaban el listado de la OMS sostenía que era un inconveniente en los casos de urgencia. El 20% decía que generaba una demora innecesaria (27).

Sin embargo, Taylor en 2011 demostró que el mismo Checklist provocaba una demora promedio de dos minutos (30). En 2011 Conley señaló la importancia del “líder natural” en la necesidad del entrenamiento en la ejecución del Checklist (31)

3. Acceso a los recursos.

La implementación se dificulta por la carencia de recursos humanos y materiales.

4. Actitudes individuales del personal hacia estos listados.

De la actitud de los profesionales depende el éxito o el fracaso de la medida (32)

Son ejemplos las resistencias de los cirujanos a cambiar hábitos, la incomodidad a la hora de tener que presentarse, y la difusión de jerarquías interpersonales. También se ha observado cierto temor por las posibles implicaciones legales de firmar una planilla de este tipo; además la verificación repetida de la identidad del paciente antes de la inducción de la anestesia pudiera generarles una ansiedad innecesaria (33).

En general la adherencia al uso del listado es mayor entre anestesistas e instrumentistas que entre cirujanos (33).

Encuestas recientes demuestran que cerca del 20% de cirujanos no creen realmente que el Checklist de la OMS prevenga errores. Sin embargo, el 93% de los encuestados sostiene que les gustaría que se utilizara el

Checklist si fueran ellos los que fueran a ser intervenidos (34).

Si la obligación de implantación proviene de la dirección médica lo más probable es que se aseguren de que la planilla quede completada y firmada aún sin haberse realizado formalmente la medida: “se acata, pero no se cumple”. En ausencia de un control directo por observación no se puede saber el cumplimiento real de la medida (35).

Por tanto, el Checklist sólo funciona si se utiliza bien.

5. CONCLUSIONES

- Las LVQ suponen una herramienta válida para el control de los efectos adversos ocurridos durante el acto quirúrgico. En el campo de la cirugía la evitación de los EAs es más relevante debido a la complejidad del proceso quirúrgico.
- La implementación requiere de un gran trabajo preparatorio que maximice la cultura de la seguridad en los lugares donde se utilizará, involucrando a los líderes para que destaquen la importancia de cumplir con la medida y analizando rigurosamente los datos para evaluar el impacto de su uso sobre los resultados clínicos.
- El trabajo en equipo es fundamental para los cuidados del paciente, debe de existir coordinación y verbalización de todas las actuaciones que se producen dentro del proceso. Los fallos de comunicación provocan diversos efectos como tensiones en el grupo, ineficiencia, retrasos, malentendidos, llegando a generar gasto de recursos, todo ello repercutiendo de forma directa en el paciente.
- La seguridad del paciente se pretende mejorar mediante la aplicación de las LVQ, tarea ilusionante y no exenta de dificultad. Para ello tenemos que seguir trabajando en la creación de una cultura de seguridad dentro de nuestro entorno sanitario.

6. ANEXOS

Adaptación del documento “La cirugía segura salva vidas “OMS

Pilotaje: ANEXO I

Durante la “ENTRADA”:

Antes de la inducción de la anestesia, se requiere para esta acción al anestesista y al personal de enfermería. (El coordinador de la lista confirmará verbalmente). Se detallan a continuación las siguientes medidas:

1.- Con el paciente:

- ¿El/la paciente ha confirmado su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?
- ¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?
- ¿Tiene el paciente alergias conocidas?
- ¿Se ha preguntado por alergias?
- ¿Tiene el paciente vía aérea difícil/riesgo de aspiración?
- ¿Tiene el paciente riesgo de hemorragia mayor de 500ml (7ml/kg niño)?

2.- Con el aparataje y anestesista:

- ¿Se ha completado la comprobación del material anestésico y la medicación anestésica?
- ¿Se ha colocado el pulsioxímetro y funciona?

3.- Con el resto del equipo quirúrgico:

- Coordinación con otros servicios y entre miembros del equipo. (ejemplo: en caso de hemorragia confirmar con laboratorio la reserva de hemoderivados).

Adaptación del documento “La cirugía segura salva vidas “OMS

Pilotaje: ANEXO II

En la “PAUSA QUIRÚRGICA”

Antes de la incisión cutánea, se precisa para esta acción el coordinador, el anestesista y el cirujano.

- Confirmar que todos los miembros del equipo que se hayan presentado por su nombre y función.
- Confirmar la identidad del paciente, el procedimiento y el sitio donde se realizará la incisión.
- ¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?
- Previsión de eventos críticos:
- Cirujano, cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados, cuánto durará la operación y cuál es la pérdida de sangre prevista.
- Anestesista: presenta el paciente algún problema específico.
- Equipo de enfermería: Se ha confirmado la esterilidad, y si hay dudas relacionados con la esterilidad y los equipos.
- Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas.

Adaptación del documento “La cirugía segura salva vidas “OMS

Pilotaje: ANEXO III

En la “SALIDA”

Antes de que el paciente salga del quirófano. La acción se llevará a cabo con la enfermera, el anestesista y el cirujano.

- Se confirmará verbalmente el nombre del procedimiento.
- Recuento de instrumental, gasas y agujas.
- Etiquetado de las muestras.
- Problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos.
- El cirujano, anestesista y la enfermera revisarán los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Gutierrez-Vega R. La calidad de la atención médica y la seguridad del paciente quirúrgico. Conamed [Revista Internet]. 2011 abril-Junio [Consulta el 22 de Marzo de 2016]; 16(2):51-2. Disponible en:
http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVISTA_ABR-JUN_2011.pdf

2. Nuland SB. The Doctors' Plague: Germs, Childbed Fever, and the Strange Story of Ignác Semmelweis. N. Engl J Med. [Internet]. 2004 Marh [Consulta el 24 de Marzo de 2016]; 350:1368-70. Available from:
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMbkrev35977#t=article>

3. Rodríguez- Pérez. Perspectiva histórica sobre la calidad de la Atención Sanitaria: Evolución, tendencias y métodos. Arbor [Revista Internet]. 2001 [Consulta el 22 de Mayo de 2016]; 170(670):371-81.
Disponible en: <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/issue/view/70>

4. Arenas- Márquez H, Anaya-Prado R. Errores en cirugía. Estrategias para mejorar la seguridad quirúrgica. Cir Cirujan [Revista Internet]. 2008 [Consulta el 3 de Mayo de 2016]; 76:355-61. Disponible en: <http://circiruj.edilaser.net/es/pdf/7604/2008-76-04-355-361.pdf>

5. Kohn LT, Corrigan J, Donalson MS. To err is human: building a safer health system. Joseph Henry Press [Internet]. 2000 Nov 30. [Consulta el día 6 de mayo de 2013]. Available from: <http://archive.ahrq.gov/quic/consumer/conference/index.htm>

6. Organización Mundial de la Salud. Responsables de salud de todo el mundo se unen a la Organización Mundial de la Salud en el anuncio de un redoblado esfuerzo para mejorar la seguridad del paciente. OMS [Internet]. 2004 Oct. [Consulta el 4 de Abril de 2016]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr74/es/>

- 7.** Organización mundial de la salud. La cirugía segura salva vidas. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2008. [Consulta el 19 de abril de 2016]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf
- 8.** Rodrigo Gutiérrez F, Fernández Martín J. La seguridad quirúrgica en el marco del sistema nacional de salud de España. Rev. Conamed [Internet]. 2010 [Consulta 29 de Abril de 2016]; 15(4):188-94. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3393439>
- 9.** Del Nozal M, Saturno P. Proceso de implementación de un listado de verificación en un hospital de la Comunidad Autónoma de Andalucía. [Trabajo Fin de Grado]. Universidad de Murcia 2012. Disponible en: http://www.um.es/calidadsalud/TRABAJOS%20FINALES/MARTA%20DEL%20NOZAL/Master_TP_MNN_Jun2012.pdf. 2012.
- 10.** Grande L. Mejorar la seguridad en los quirófanos reduce la mortalidad hospitalaria. Cir. Esp. [Revista Internet]. 2009 [Consulta el día 2 de Marzo de 2016]; 86: 329–30. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-sumario-vol-86-num-06-13007933>
- 11.** Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía. [Internet]. 2009 [Consulta 5 de Abril de 2016]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243598598_spa.pdf
- 12.** Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente. La Cirugía Segura salva vidas. OMS [Internet]. 2008 [Consulta el 20 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf
- 13.** Gawande A. The Checklist Manifesto: How to get things right. New York NY. Metropolitan Books [Internet]. 2009 [Consulta el 25 de Mayo de 2016]. Available from: <http://atulgawande.com/book/the-checklist-manifesto/>

- 14.** Organización Mundial de la Salud. La Cirugía segura salva vidas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2008 [Consulta el 28 de Mayo de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf
- 15.** Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al. For the Safe Surgery Saves Lives Study. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. N. Engl J Med. 2009; 360:491-9. Available from: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/Surgical_Safety_Checklist.pdf
- 16.** Fourcade A, J.L. Blache, C. Grenier, J.L. et al. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. BMJ Qual Saf [Revista Internet]. 2012 [Consulta el día 27 de abril de 2016]; 21:191–97. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/21/3/191.abstract>
- 17.** Pecci- Agustino E. Checklist Quirúrgico. Una herramienta para la seguridad del paciente. Revista de Enfermería CyL [Revista Internet]. 2013 [Consultado el día 6 de Mayo de 2016]; 5(2):30-42. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/104>
- 18.** New scientific evidence supports WHO findings: a surgical safety checklist could save hundreds of thousands of lives 2012. Organización Mundial de la Salud. Available from: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/checklist_saves_lives/en/
- 19.** El Plan en Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente de la Gerencia Regional de salud de Castilla y León. Portal de Salud de Castilla y León [Internet]. 2016 [Consultado el día 17 de mayo de 2016]. Disponible: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/plan-gestion-calidad-seguridad-paciente>
- 20.** Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Manual de aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía 2009: la cirugía segura salva vidas. [Consulta el 15 de Febrero de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf
-

- 21.** Brigid M. Gillespie, Teresa K. Withers, Joanne Lavin, Therese Gardiner, Andrea P. Marshall. Factors that drive team participation in surgical safety checks: a prospective study. *Patient Safety in Surgery* [Revista Internet] 2016 Jan [Consulta el 26 de Abril de 2016]; 20; 10(3). Available from:
<http://pssjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13037-015-0090-5>
- 22.** Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Patient Safety Network. Checklists. [Acceso a Internet 23 de abril 2016].
Available from: <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/14>.
- 23.** De Vries E.N. Effect of a Comprehensive Surgical Safety System on Patient Outcomes. *N Engl J Med*. 2010; 363:1928-37. Available from:
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa0911535>
- 24.** Bergs J, Hellings J, Cleemput I, Zurel ö, Troyer V, Van Hiel M, et al. Systematic review and meta-analysis of the effect of the World Health Organization surgical safety checklist on postoperative complications. *B J of Surg*. 2014; 101(3): 150-58. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/bjs.9381/abstract>
- 25.** Lyons-EV, Popejoy LL. Meta-Analysis of Surgical Safety Checklist Effects on Teamwork, Communication, Morbidity, Mortality, and Safety. *Rev West J Nurs Res* [Internet]. 2014 [Consulta el 23 de Mayo de 2016]; 36(2): 245-261. Available from:
<http://wjn.sagepub.com/content/36/2/245.short>
- 26.** Sewell M, Adehipe M, Jayakumar P, et al. Surgical Safety Checklist in trauma and orthopaedic patients. *Rev Int Orthop (SICOT)* [Internet] 2011 [Consulta 17 de Mayo de 2016]; 35: 897-901.
Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00264-010-1112-7#page-2>
- 27.** Kearns RJ, Uppal V, Bonner J, Robertson J, Daniel M, Mc Grady EM. The introduction of a surgical safety checklist in a tertiary referral obstetric centre. *Rev BMJ Qual Saf*. [Internet]. 2011 Sep [Consulta el 22 de Marzo de 2016]; 20(9):818-22.
Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21693466>
-

28. Díaz del Real M, Maestre, Martínez M^a T, Durán, Gaztelu-Iturri Ortuoste A, Arteche Ferrero I, Eizaguirre Mujica H, Garde Sesma I. Listado de verificación de seguridad quirúrgica/Checklist. Un elemento más dentro de la cultura de seguridad. Revista de la asociación Española de Enfermería Quirúrgica [Internet]. 2011 [Consulta el 26 de Abril de 2016]; (30): 44-49. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4036655>

29. Pubmed [Internet]. Levy SM, Senter CE, Hawkins RB, Zhao JY, Doody K, Kao LS, Lally KP, Tsao K.: Implementing a surgical checklist: more than checking a box. 2012 [Consulta el 12 de Mayo de 2016]. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22770952>

30. Taylor B, Slater A, Reznick R. The surgical safety checklist effects are sustained, and team culture is strengthened. Surgeon [Revista Internet]. 2010 [Consulta el 20 de Abril de 2016]; 23(8); 1-4. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20222395>

31. Conley DM, Singer SM, Edmondson L, et al. Effective surgical safety checklist implementation. J Am Coll Surg [Revista Internet]. 2011 May [Consulta el 13 de Mayo de 2016]; 212(5): 873-9.

Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21398154>

32. Rodrigo-Rincón M.I, León B.T, López P.Z, Vizcaíno M.P, Calixto A.F, Ortín P.V. Percepción de los profesionales sobre la utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica. Revista de calidad asistencial [Internet]. 2011 Nov. [Consulta el 22 de abril de 2016]; 26(6): 380-385. Available from:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X11000625>

33. Treadwell JR, et al. Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. Rev BMJ Qual Saf [Internet]. 2013 6 Agosto. [Consulta el 18 de Mayo de 2016]. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2014/01/16/bmjqs-2012-001797.short>.

34. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al. Changes in safety attitude and

relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety interventions. *BMJ Qual Saf* [Revista Internet]. 2011[Consulta el 10 de Mayo de 2016]; 20:102-107 Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/content/20/1/102.shortse>

35. Leape L. The checklist conundrum. *N. Engl. J Med.* [Internet]. 2014 March 13[Consulta el 26 de Abril de 2016]; 370:1063-1064. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe1315851>