



Health Universitat de
Barcelona
Campus

i) EU d'Infermeria



Universitat
de Barcelona

EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA COMO ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA CULTURA DE SEGURIDAD

Autora: Eva Trejo Valentín

**Tutora:
Dra. Carme Planas Campmany**

Curs acadèmic 2014-2015



INDICE

1. Resumen.....	3
2. Introducció.....	4
3. Hipòtesis y Objetivos.....	11
4. Metodología.....	12
5. Aspectos éticos.....	15
6. Dificultades y Limitaciones.....	16
7. Aplicabilidad y utilidad práctica.....	16
8. Presupuesto.....	17
9. Cronograma.....	18
10. Bibliografía.....	19
11. Anexos.....	23

Nota: Siguiendo la nomenclatura del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) se utiliza el término enfermera para referirse de forma genérica a todos los profesionales de enfermería con independencia de su sexo.



1. RESUMEN

Objetivo: El propósito de este estudio es evaluar el grado de aplicación real del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ), así como identificar las causas que limitan su correcta aplicación en el área quirúrgica, percibido por el personal de enfermería del Hospital Clínico de Barcelona, durante el periodo comprendido entre septiembre del 2015 hasta octubre del 2016.

Ámbito de estudio: El estudio se realizará en el ámbito del área quirúrgica del Hospital Clínico, un Hospital de alta tecnología situado en Barcelona.

Metodología: Diseño de investigación cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal.

Implicaciones para la práctica: Mejorar la cultura de seguridad de los profesionales en el área quirúrgica.

Palabras clave: Seguridad del paciente quirúrgico, eventos adversos, Listado de Verificación para la seguridad quirúrgica, enfermería quirúrgica.

ABSTRACT

Aim: The purpose of this study is to evaluate the extent of real implementation of the Surgical Checklist, as well as to identify the reasons that limit its correct application in the surgical area, perceived by the nursing staff of the Hospital Clinico de Barcelona during the period between September 2015 to October 2016.

Field of study: The study will be conducted in the Hospital Clínico, a high technology hospital, located in Barcelona.

Methods: Quantitative research design, observational, descriptive and transversal.

Practice issues: Improving the safety culture of the professionals in surgical area.

Keywords: Surgical patient safety, adverse events, surgical safety checklist, surgical nursing.



2. INTRODUCCION

La seguridad del paciente es un componente fundamental de la calidad asistencial y motivo de preocupación universal. La aparición de eventos adversos (Incidentes evitables) derivados de la atención sanitaria, van ligados a una elevada morbimortalidad en los sistemas sanitarios desarrollados.¹ Diversos organismos a nivel internacional, han emprendido múltiples iniciativas orientadas al desarrollo de estrategias, acciones y medidas legislativas, abordando cuestiones relacionadas con intervenciones para reducir en el proceso peroperatorio, la morbimortalidad asociada a los procedimientos quirúrgicos. Actualmente y según publica la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), organización privada sin ánimo de lucro de EE.UU cuya misión es mejorar la seguridad y la calidad de los cuidados a los pacientes, afirma que las soluciones más constructivas y el éxito se debe a la implicación de los pacientes en su seguridad, el trabajo en equipo y la comunicación de los profesionales, así como la instauración de estrategias en materia de seguridad.²

Se trata de acciones dirigidas a mejorar la seguridad quirúrgica que permitan reducir los incidentes y eventos adversos evitables en la práctica clínica.³

El Sistema Nacional de Salud (SNS) constituye la estrategia número 8 del Plan de Calidad situando la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos claves de la mejora de la calidad.⁴

En el Hospital Clínico de Barcelona, hospital de alta tecnología, se consideró la seguridad en los procesos quirúrgicos como prioridad institucional, procediendo a la implementación del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ) propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Se trata de un instrumento de gran valor para garantizar que el equipo quirúrgico siga, de forma sistemática,



unas medidas esenciales, reduciendo así al mínimo los riesgos evitables que ponen en peligro la vida y el bienestar de los pacientes.

Dicha herramienta pretende que la cultura de seguridad sea un patrón de referencia en la práctica sanitaria habitual.⁵

Por todo ello, debemos considerar su proceso de evaluación continua como un componente clave de la calidad asistencial, que da respuesta y forma parte del compromiso que las instituciones sanitarias, así como los profesionales que desarrollan su trabajo en ellas, tienen con los ciudadanos, para ofrecer una asistencia sanitaria de alta calidad orientada hacia la excelencia.⁶

Antecedentes

El proceso de atención sanitaria así como el propósito de la cirugía, es beneficiar a los pacientes. No obstante, conlleva intrínseco un riesgo inevitable asociado a la aparición de eventos adversos, definidos como el resultado de una intervención en salud que de manera no intencionada produjo un perjuicio. Se trata de lesiones o complicaciones que prolongan la estancia hospitalaria, pueden precisar procedimientos diagnósticos o tratamiento adicional, pueden ser reversibles o no y están relacionadas con éxitus o incapacidad al alta.⁷

La preocupación por los efectos negativos que puede ocasionar la atención sanitaria no es un problema nuevo. A partir de los años 90 se empezaron a aportar pruebas científicas en relación con la seguridad del paciente. El estudio *Harvard Medical Practice Study*⁸ en 1991, concluyó que un 4% de los pacientes sufren algún tipo de afectación en el hospital, El 70% de los eventos adversos provoca una incapacidad temporal, y el 14% de los incidentes son mortales.



Basado en este mismo estudio, en el año 1999 el Instituto de Medicina de EEUU publicó el informe *To Err is Human. Building a Safety Health System*⁹ aportando datos respecto a la importancia de la seguridad clínica y enfatizando con especial importancia en el campo de la cirugía por la complejidad de todos los procedimientos y profesionales implicados en el proceso peroperatorio. Este documento es un referente mundial en materia de seguridad.

Todo ello contribuyó a situar el tema en la cabecera de los programas políticos y en el centro del debate público en todo el mundo.

Siguiendo la tendencia, la OMS en el 2004, publicó unas recomendaciones¹⁰, promoviendo la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención sanitaria. El proyecto busca la mejora en la seguridad de los pacientes que se someten a una intervención quirúrgica, cuyo cumplimiento, ha mostrado una disminución en las complicaciones y en la mortalidad.

En España, siguiendo las tendencias mundiales, se publicó el Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la asistencia hospitalaria (ENEAS)¹¹ en el 2005, donde un 31,4% de los eventos adversos identificados, conllevaron un aumento de las estancias hospitalarias. Según este mismo estudio, las especialidades que presentaron mayor número de sucesos adversos fueron las quirúrgicas.

Así mismo, en el ámbito de la Atención Primaria, el estudio (APEAS)¹² estimó que en una de cada 100 consultas de atención primaria se puede hablar de evento adverso.

En la misma línea, según el estudio (EPINE)¹³ de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, el 75% de los pacientes ingresados en un centro hospitalario tienen una infección nosocomial que

según datos presentados por la OMS, el 14% de las mismas son de origen quirúrgico.¹⁰

Estado actual del tema

La magnitud y la omnipresencia del problema de la seguridad en la cirugía están ampliamente reconocidas en todo el mundo. Un estudio reciente¹⁴ pone de relieve que cada año se opera a nivel mundial a uno de cada 25 ciudadanos. Los resultados indican que el 16% de estos procedimientos quirúrgicos derivan en una complicación relacionada con la morbilidad de los pacientes o de eventos adversos con consecuencias graves del 1%. Estos datos mostrarían que cada año, hasta siete millones de pacientes sufriría una complicación grave durante o inmediatamente después de la cirugía y un millón moriría.

Estos datos han promovido la rápida reacción de la OMS. En enero del 2007 se empezó a trabajar en el que ha establecido su Segundo Reto mundial por la seguridad del paciente con el lema “La cirugía segura salva vidas”,¹⁵ emprendiendo múltiples iniciativas a escala mundial y regional. El objetivo perseguido es minimizar el riesgo a sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud y/o mitigar sus consecuencias. Para ello se defiende un conjunto básico de normas de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científica.

Con la finalidad de mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo, en el año 2008 la OMS definió una serie de objetivos que el equipo quirúrgico debería alcanzar durante el proceso de atención.¹⁶ Se trataría de unas normas básicas que pueden aplicarse en todos los estados miembros de la OMS. El principal producto de dicha iniciativa se condensa en un Listado de Verificación Quirúrgico (LVQ) (**Anexo I**), que mediante el establecimiento de una lista de chequeo de cirugía segura, con un método eficaz, sencillo, práctico



y aplicable a todo procedimiento quirúrgico, incorpora la evaluación de elementos clave.

La OMS, con el objetivo de garantizar que los equipos quirúrgicos adopten una forma sistemática de trabajo en cuanto a la medida de seguridad presentada, ofrece un manual de aplicación,¹⁶ dando orientación sobre el uso del LVQ, recomendaciones para la medición de los servicios y resultados quirúrgicos. Propone la verificación a partir de 19 ítems, por parte del personal quirúrgico de una serie de prácticas seguras en tres momentos críticos de la atención peroperatoria: 1) antes de la administración de la anestesia; 2) antes de la incisión de la piel; y 3) antes de que el paciente abandone el quirófano.

En el 2009 se publicó un estudio observacional que pilotado por el LVQ en quirófanos de ocho hospitales de diferentes partes del mundo.¹⁷ Dicho estudio puso de manifiesto una importante reducción de las complicaciones quirúrgicas, la mortalidad y redujeron la tasa de complicaciones en un tercio, así como la mortalidad del 1,5 al 0,8% posterior a la aplicación del Listado de Seguridad. Los resultados confirman que la aplicación del LVQ fue ampliamente beneficiosa para reducir sustancialmente la tasa de morbimortalidad peroperatoria.

Algunas de las investigaciones existentes respecto a la evaluación del listado de verificación quirúrgica, focalizan su interés en elaborar estrategias de diagnóstico de la situación, planificación, adaptación y difusión del instrumento, implementación y el relevamiento de la adherencia a su aplicación en los centros hospitalarios.¹⁸⁻²⁰

Otros estudios se centran en la percepción de los profesionales sobre la utilización y utilidad de LVQ así como las dificultades del proceso de implementación. Concluyen que no se cumplimenta siempre de forma homogénea en todos sus apartados, remarcando la existencia de una gran



variabilidad entre los distintos hospitales estudiados. Respecto a los profesionales involucrados, utilizan casi siempre el LVQ aunque le otorgan una utilidad moderada exceptuando los casos en los que se consiguió evitar la presencia de errores.²¹⁻²³

Con estos antecedentes, el *Departament de la Salut de la Generalitat de Catalunya* promovió la iniciativa *Aliança per la Seguritat dels pacients*.²⁴ Se trata de un proyecto de prevención de incidentes en cirugía, que adopta el listado de comprobación de medidas preventivas como parte de sus estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes. Se recomienda la utilización en las áreas quirúrgicas de sus hospitales a partir de los contratos de gestión aprobados para enero de 2010.

En ese mismo año, con el objetivo de mejorar la seguridad de los pacientes quirúrgico en el Hospital Clínico de Barcelona, se implementó el LVQ.

Justificación del proyecto

Desde la publicación de la OMS del LVQ, los centros sanitarios tanto a nivel mundial como en nuestro país lo han implantado o una adaptación del mismo, en todos los hospitales de la red de utilización pública y centros privados que han deseado adherirse al programa. Se ha asumido que tanto el LVQ, como otras herramientas para aumentar la seguridad del paciente y mejorar los resultados son imprescindibles, no obstante, sólo son efectivas si se aplican de manera adecuada.²⁵

En nuestra organización se llevó a cabo el reto de implementar el LVQ en la totalidad del área quirúrgica, tras un intenso programa formativo dirigido a los profesionales implicados en el procedimiento y un periodo de pilotaje.

Han pasado cuatro años tras su implementación y en la estrategia desarrollada no se ha tenido en cuenta un proceso de reevaluación de la herramienta



utilizada, la verificación de los resultados o la percepción de la práctica percibida por parte de los profesionales. Mediante la utilización de la retroalimentación, tanto de la práctica como de sus resultados, el equipo quirúrgico a través de la realización de un trabajo multidisciplinar, identificaría oportunidades de mejora y el establecimiento de un plan de actuación.²⁶

La puesta en marcha del LVQ no debe ser una meta en sí misma, sino un punto de partida, que contribuya de forma objetiva a la obtención de mejores resultados de salud, aportando una mejora para el paciente y una gestión más eficiente de los cuidados.

El presente estudio pretende evaluar dicha herramienta cerrando así el círculo de la mejora continua para el profesional. La información de retorno sería fundamental para comprobar la adquisición de la competencia y el establecimiento de posibles medidas de mejora, tanto a nivel formativo como clínico. Todo ello contribuiría a fomentar una cultura de seguridad clínica en el área quirúrgica.

Problema-Pregunta

¿Cuál es el grado de aplicación real del Listado de Verificación Quirúrgica, así como las causas que limitan su correcta aplicación en el área quirúrgica, según la percepción del personal de enfermería del Hospital Clínico de Barcelona?



3. HIPOTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis

En el Hospital Clínico de Barcelona la aplicación del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ) no cumple adecuadamente los criterios de calidad.

Objetivo General

- Evaluar el grado de aplicación real del LVQ, e identificar las causas que limitan su correcta aplicación en el área quirúrgica, desde la perspectiva de las enfermeras quirúrgicas del Hospital Clínico de Barcelona, durante el periodo comprendido entre septiembre del 2015 hasta octubre del 2016.

Objetivos Específicos

- Verificar el grado de cumplimiento del LVQ.
- Identificar los factores determinantes asociados al inadecuado cumplimiento del LVQ.
- Determinar si existen diferencias de aplicación de LVQ dependiendo de la especialidad quirúrgica.
- Conocer la opinión de los profesionales de enfermería implicados sobre las ventajas que puede ofrecer el LVQ desde su óptica.
- Identificar áreas de mejora en base a la percepción de las enfermeras implicadas para facilitar la adecuada aplicación del LVQ.



4. METODOLOGÍA

Diseño y tipo de estudio:

Se diseña un estudio observacional, descriptivo y transversal.

Ámbito del estudio:

Área quirúrgica del Hospital Clínico de Barcelona, desde septiembre del 2015 hasta octubre del 2016.

Sujetos a estudio:

Criterios de Inclusión:

- Enfermeras quirúrgicas del Hospital Clínico de Barcelona.

Criterios de Exclusión:

- Enfermeras quirúrgicas que desempeñen funciones de gestión.
- Enfermeras quirúrgicas cuya experiencia en el área quirúrgica sea inferior a seis meses.
- Enfermeras quirúrgicas que desarrollen su actividad en el área de reanimación.

Tamaño de la muestra

Teniendo en cuenta un nivel de confianza del 95%, una precisión del 0,05 la muestra del estudio será de 132 sujetos.

Técnica de muestreo

Se lleva a cabo un muestreo probabilístico aleatorio simple.

Variables del estudio y escala de medición.

Las variables que se estudiarán se dividen en tres apartados:

1. Variables sociodemográficas de las enfermeras del bloque quirúrgico:

- Edad (Número de años).

- Género (Mujer/Hombre).
- Años de experiencia profesional en el área quirúrgica (De 5 a 10 años, de 11 a 20, más de 20).
- Turno laboral (Mañana, Tarde, Noche).
- Especialidad quirúrgica donde desarrolla su actividad (Cardiaca, C. Vascular, C Torácica, C. Hepática, C. Ginecológica, C. Plástica, C. Maxilofacial, C. Urológica, C. Traumatológica, C. Abdominal, C. Oftalmológica, C. Otorrinolaringológica, C. Urgencias, CMA).
- Nivel de estudios universitarios (Diplomado o Grado en Enfermería, Postgrado o Master, Licenciado o Doctor).

2. Variables del diagnóstico de la situación.

Miden el grado en el que se aplica el Listado de Verificación Quirúrgica respecto a las normas y/o recomendaciones de la OMS:

- Nivel de participación/implicación de los diferentes miembros del equipo.
- Si se realiza una verificación real de todos los ítems del LVQ.
- Si se verifica a tiempo real cada ítem así como si se produce el anuncio oral de las diferentes fases del procedimiento.
- Si se reconoce cada ítem como una acción única e inequívoca.
- Si existen diferentes “niveles” de ítems según la importancia que se le adjudica.
- Conocer si existen diferencias de aplicación según la especialidad quirúrgica.

3. Variables de opinión de las enfermeras quirúrgicas.

Miden el grado de conocimiento de las enfermeras quirúrgicas sobre el LVQ y las incidencias detectadas en su aplicación:

- Existencia de una adecuada implementación.
- Conocimiento de las ventajas de su aplicación.

- Evaluar las causas que limitan su correcta aplicación.
- Compromiso/implicación de los diferentes miembros.
- Fomento de la comunicación así como del trabajo en equipo.
- Aplicación y alteración del ritmo de trabajo.
- Necesidad de revisión y mejoras.

Para la medición de las variables de diagnóstico de la situación así como para las de opinión de las enfermeras quirúrgicas, se utilizará una escala tipo Likert con las siguientes categorías: Nunca, Algunas veces, Casi siempre, Siempre.

Instrumentos de medida y Procedimiento de recogida de datos

Se diseña un Cuestionario ad hoc (**Anexo III**) al que acompañaremos de una Carta de Presentación y el Consentimiento Informado. (**Anexo II**)

El cuestionario se compone de seis preguntas cerradas relativas a variables sociodemográficas, diecinueve preguntas cerradas medidas en escala tipo Likert, de las cuales diez corresponden al diagnóstico y nueve corresponden a opinión. Se ha habilitado una última pregunta abierta de opinión sobre las cuestiones planteadas. (**Anexo III**)

La distribución de los cuestionarios se realizará mediante administración directa a las enfermeras quirúrgicas. El plazo de recogida será máximo de cinco días y se realizará de forma personal por parte de la investigadora. Previa a su distribución y solicitud de permiso a los coordinadores del área, en las sesiones de enfermería se informará sobre el proyecto de tesina y objetivo del estudio. Se solicitará colaboración a las enfermeras quirúrgicas, exponiendo los beneficios que nos puede aportar dicha investigación.



Prueba Piloto

Se realizará una prueba piloto a diez enfermeras quirúrgicas, con la finalidad de comprobar la idoneidad de la herramienta y realizar las enmiendas que se consideren oportunas.

Las respuestas obtenidas en la prueba piloto no se sumarán a las del estudio principal.

Análisis de datos

Las variables cuantitativas, se analizarán mediante la descripción de medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Para las variables cualitativas, se utilizarán porcentajes y frecuencias.

El tratamiento estadístico de las variables estudiadas se realizará con el programa estadístico SPSS 15.0 para Windows.

5. ASPECTOS ÉTICOS

El estudio será realizado teniendo en cuenta los principios bioéticos de la investigación con seres humanos según la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

La documentación requerida previa a su inicio será la siguiente:

- Aceptación del proyecto de investigación y autorización por parte de la Dirección del área quirúrgica.
- Valoración favorable y aprobación del proyecto por parte del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Clínico.

Los datos se obtendrán de manera confidencial asegurándose el anonimato en todos los casos. El procesamiento de los mismos está sujeto al mantenimiento del secreto profesional y la legalidad vigente respecto a la protección de datos, por lo que se aplicaran criterios de seguridad respecto a la transmisión,

tratamiento, almacenamiento y análisis de la información mediante una codificación de los mismos, que garantice su privacidad.

Los datos recopilados a través del estudio sólo se utilizarán con fines estadísticos y no serán facilitados a terceros.

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

6. DIFICULTADES Y LIMITACIONES

Las principales dificultades que pueden aparecer son la negativa a la participación, los registros incompletos o responder fuera del plazo establecido, con la consecuente obtención de un número insuficiente de cuestionarios. Para evitar esta situación en las sesiones de enfermería se hará hincapié de las ventajas que nos aporta a todo el personal implicado.

Otra dificultad podrían ser, el tiempo para coordinar la cumplimentación del cuestionario debido a la gran variedad de turnos y horarios, motivo por el cual se ha elaborado un cuestionario breve que se prevé completar en un tiempo máximo de cinco minutos.

Por último, otra limitación podría ser el rechazo de las enfermeras en colaborar con el estudio por la habitual ausencia de *feed-back*. Para prevenir esta situación, la investigadora se comprometerá, inicialmente con los participantes, en hacer un retorno de los resultados obtenidos más relevantes del estudio.

7. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA

El estudio permitirá evaluar la aplicación del Listado de Verificación Quirúrgica según la opinión de las enfermeras quirúrgicas, identificando posibles dificultades y/o áreas de mejora.



El conocimiento generado intenta promover la cultura de seguridad de los profesionales de enfermería y en consecuencia mejorar la seguridad de los pacientes del área quirúrgica.

Se pretende incorporar programas de formación continua, así como establecer un sistema de notificación de eventos adversos con el único fin de mejorar la seguridad del paciente, de carácter voluntario, anónimo, confidencial, no punitivo y abierto a todos los profesionales que se ven implicados en el proceso de atención.

Además se promoverá la participación de las enfermeras quirúrgicas en las sesiones clínicas multidisciplinares, con el objetivo de:

- Informar de todos aquellos errores detectados respecto a la adecuada aplicabilidad del LVQ impulsando la observación y el análisis de cada uno de los pasos del listado para promover su mejora continua.
- Consensuar propuestas de mejora al respecto.
- Poner en conocimiento de los profesionales los beneficiosos resultados obtenidos tras la aplicación del LVQ.

8. PRESUPUESTO

Material fungible de soporte informático y papelería.....	100€
Presentación del estudio en el Congreso Nacional de Enfermería Quirúrgica:	
Inscripción.....	450€
Alojamiento.....	160€
Dietas.....	150€
Transporte.....	350€

TOTAL= 1110€

9. CRONOGRAMA

	2015				2016									
	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
Solicitud de permisos a la Dirección del Área Quirúrgica así como al CEIC														
Prueba Piloto y ajustes pertinentes														
Entrega de Cuestionarios y Recogida de Datos														
Procesamiento de Datos y Creación de Base de Datos														
Análisis de datos														
Actualización de la Revisión Bibliográfica														
Elaboración del informe final														
Divulgación de resultados														

10. BIBLIOGRAFIA

1. Reyes Revuelta JF, Bermúdez Mingorance JM. Conceptos básicos sobre seguridad clínica. Definición e importancia del problema. Rev. Enfer. del trabajo [Internet]. 2001[citado 16 Nov 2001]; 1:221-228. Disponible en:
http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=3868208
2. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations. Patient Safety Systems Chapter for the Hospital Program [Internet]. Estados Unidos: JCAHO; [citado 2014]. Disponible en:
http://www.jointcommission.org/assets/1/6/PSC_for_Web.pdf
3. Ceriani Cernadas JM. El error en medicina: reflexiones acerca de sus causas y de una actitud más crítica en nuestra profesión. Arch. argent pediatr. [Internet]. 2001; 99(6):522-529. Disponible en:
<http://www2.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2001/522.pdf>
4. Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. Agencia de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Secretaria General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España [internet]. Madrid. 2006. Disponible en:
<http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MS-C-CD1/>
5. Segundo reto mundial por la Seguridad del Paciente: La Cirugía Segura Salva Vidas. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente 1ª Edición. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70084/1/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf?ua=1
6. Guía Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política

Social e Igualdad. Gobierno de España [internet]. Madrid. 2010;151-153.

Disponible en:

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_478_Seguridad_Paciente_AIAQS_compl.pdf

7. Hofer TP, Kerr, Hayward RA. What is an error? Eff Clin Pract.[Internet]. 2000;3:1-10. Disponible en:

<http://ecp.acponline.org/novdec00/hofer.htm>

8. Brennam TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I.N Engl J Med. [Internet].1991;324:370-376. Disponible en:

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240604#t=article>

9. Khon LT, et al (eds.) To Err is Human. Washington: National Academy Press.[Internet]. 1999. Disponible en:

<https://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20report%20brief.pdf>

10. Acta de la 59ª Asamblea Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud Ginebra. OMS; 2006. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/24647/1/A59REC3_sp.pdf?ua=1

11. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización ENEAS 2005. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. España: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006;1-170.

12. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira J, Orozco D, Terol E, et al. Estudio APEAS. Estudio sobre la Seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud.[Internet].2008. Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf

13. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Estudio EPINE. [Internet].2011. Disponible en:

<http://hws.vhebron.net/epine/Descargas/EPINE%202011%20ESPA%C3%91A%20Resumen.pdf>

14. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR et al. An estimation of the global volumen of surgery: a modelling strategy dbased on available data. Lancet; 2008; 372(9633):139-144.

15 Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. 55ª Asamblea Mundial de la Salud: Informe de la Secretaría.

Ginebra: OMS [internet]; 2002. Disponible en:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81905/1/sa5513.pdf>

16. Manual de aplicación de la lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 2009; la cirugía segura salva vidas. OMS [Internet]. 2009. Disponible en:

http://libdoc.who.int/publications/2009/9789243598598_spa.pdf.

17. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al. A surgical safety checklist to reduce motbility and mortality in a global population. N Engl J Med. 2009;360:491-499.

18. Vats A, Vincent C, Nagpal K, Davies R, Darzi A and Moorthy K. Practical challenges of introducing Who surgical checklist: UK pilot experience.2010; 340:b5433.

19. Celma M, Martín C, Cano M, Casanova M. Seguridad del Paciente en el quirófano. Implantación del check list en cirugía general. Rev. Rol Enf.2012; 35(5):342-350.



20. Castaño MM. Seguridad del Paciente Quirúrgico. Trabajos Académicos.

Leioa: E.U. Enfermería. [Internet]. 2014;30-31. Disponible en:

<http://hdl.handle.net/10810/13019>

21. Rodrigo M, Tirapu B, Zabalza P, Martín M, De la Fuente A, Villalgorido P et al. Percepción de los profesionales sobre la utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica. Rev. Calidad Asistencial. 2011; 25(6):380-438.

22. Soria V, Da Silva Z, Satumo P, Grau M, Alcaraz. Dificultades en la implantación del checklist en los quirófanos de cirugía. C. Esp.[Internet]. 2012; 90(3):180-185. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009739X11004349>

23. Becerra EK. Experiencias de las enfermeras quirúrgicas respecto a la aplicación de la lista de chequeo-cirugía segura. Hospital Essalud. Chiclayo, Perú. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. [Internet].2014. Disponible en:

http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/177/1/TL_Becerra_Eneque_KatherinsMilagros.pdf

24.Generalitat de Catalunya.Gencat.cat.Departament de Salut Canal Salut. Seguritat dels pacients.[Internet].2006.

http://seguretatdelspacients.gencat.cat/ca/que_es_la_seguretat_de_pacients/l_estrategia_del_departament_de_salut/

25. Walker IA, Reshamwalla S, Wilson IH, et al. Surgical safety checklist: do they improve outcomes? Br J Anaesth 2012;109:47-54.



26. Santana R, Ruiz D. Evaluación y actualización de los protocolos, procesos, guías clínicas, en posible colaboración con Instituciones sanitarias sobre la Seguridad del Paciente en el Área quirúrgica. Biblioteca Las casas,[Internet]. 2013;3(3):10-39. Disponible en:

<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0724.php>

27. Icart T, Pulpón A, Garrido E, Delgado-Hito P. Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis. Metodología 19. Univesitat de Barcelona. 2012.

11. ANEXOS

ANEXO I. LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA

Organización Mundial de la Salud		LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA (1ª edición)	
Antes de la inducción de la anestesia		Antes de la incisión cutánea	
ENTRADA		PAUSA QUIRÚRGICA	
<input type="checkbox"/> EL PACIENTE HA CONFIRMADO	<input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN	<input type="checkbox"/> CIRUJANO, ANESTESISTA Y ENFERMERO CONFIRMAN VERBALMENTE:	<input type="checkbox"/> EL EQUIPO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO:
<ul style="list-style-type: none"> SU IDENTIDAD EL SITIO QUIRÚRGICO EL PROCEDIMIENTO SU CONSENTIMIENTO 	<ul style="list-style-type: none"> LA IDENTIDAD DEL PACIENTE EL SITIO QUIRÚRGICO EL PROCEDIMIENTO 	<ul style="list-style-type: none"> QUE LOS RECUENTOS DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUJAS SON CORRECTOS (O NO PROCEDEN) EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE) SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS 	<ul style="list-style-type: none"> EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO QUE LOS RECUENTOS DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUJAS SON CORRECTOS (O NO PROCEDEN) EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE) SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS
<input type="checkbox"/> DEMARCAÇÃO DEL SITIO / NO PROCEDE	<input type="checkbox"/> PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS	<input type="checkbox"/> EL EQUIPO DE ANESTESIA REVISAS: SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECÍFICO	<input type="checkbox"/> EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE
<input type="checkbox"/> SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA	<input type="checkbox"/> EL CIRUJANO REVISAS: LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PERDIDA DE SANGRE PREVISTA	<input type="checkbox"/> EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISAS: SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS	
<input type="checkbox"/> PULSIOXÍMETRO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO	<input type="checkbox"/> ¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?	<input type="checkbox"/> ¿PUEDEN VISUALIZARSE LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?	
<input type="checkbox"/> ¿TIENE EL PACIENTE:	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> SÍ	
ALERGIAS CONOCIDAS?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> ¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> SÍ		
<input type="checkbox"/> VÍA AÉREA DIFÍCIL / RIESGO DE ASPIRACIÓN?			
<input type="checkbox"/> NO			
<input type="checkbox"/> SÍ, Y HAY INSTRUMENTAL Y EQUIPOS / AYUDA DISPONIBLE			
<input type="checkbox"/> RIESGO DE HEMORRAGIA > 500 ML (7 ML/KG EN NIÑOS)?			
<input type="checkbox"/> NO			
<input type="checkbox"/> SÍ, Y SE HA PREVISTO LA DISPONIBILIDAD DE ACCESO INTRAVENOSO Y LIQUIDOS ADECUADOS			



ANEXO II: CARTA DE PRESENTACIÓN y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nos complace informarle sobre el estudio que estamos realizando en el Área Quirúrgica del Hospital Clínico de Barcelona respecto a la Evaluación del grado de aplicabilidad del Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ), así como las causas que limitan su correcta aplicación.

Este Cuestionario forma parte de un proyecto de investigación del Master Oficial de *Lideratge i Gestió d'Infermeria* de la Universidad de Barcelona, para la realización del proyecto de tesis.

El objetivo del mismo es conocer y analizar la opinión de las enfermeras quirúrgicas sobre diferentes aspectos relacionados con el LVQ para poder implementar un plan de mejora.

Les invito a participar en este estudio ya que pueden obtener unos beneficios aplicables en su ejercicio diario tanto a ustedes como a otros profesionales que se encuentran en la misma situación.

La participación es voluntaria y consiste en responder el cuestionario adjunto. El valor de la información va a depender de la sinceridad de su respuesta. No existen respuestas adecuadas o inadecuadas, lo importante, es simplemente que sea su opinión.

Toda la información que nos proporcione será tratada de forma anónima y estrictamente confidencial, bajo las leyes y protección de datos en vigor:

Ley 41/2002 y ley 15/1999.

Mi agradecimiento por su colaboración, el tiempo que dedicará en rellenar el cuestionario, así como su ayuda para el desarrollo de la investigación.



Health Universitat de
Barcelona
Campus

'i) EU d'Infermeria



Universitat
de Barcelona

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído la carta anexa donde se me informa en que consiste el estudio y entiendo que mi participación es voluntaria pudiendo retirarme de la misma en cualquier momento. Por todo ello, doy mi conformidad para participar y que mis datos obtenidos puedan ser analizados de forma confidencial.

ANEXO III: CUESTIONARIO

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS/LABORALES:

1. **EDAD:** _____

2. **GÉNERO:** MUJER HOMBRE

3. **AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL EN EL ÁREA QUIRÚRGICA**
 - De 5 a 10 años
 - De 11 a 20 años
 - Más de 20 años

4. **TURNO LABORAL**
 - Mañana
 - Tarde
 - Noche

5. **ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA DONDE DESARROLLAS SU ACTIVIDAD**

<input type="checkbox"/> C. Cardíaca	<input type="checkbox"/> C. Urológica
<input type="checkbox"/> C. Vasculat	<input type="checkbox"/> C. Traumatològica
<input type="checkbox"/> C. Toràcica	<input type="checkbox"/> C. Abdominal
<input type="checkbox"/> C. Hepàtica	<input type="checkbox"/> C. Oftalmològica
<input type="checkbox"/> C. Ginecològica	<input type="checkbox"/> C. Otorrinolaringològica
<input type="checkbox"/> C. Plàstica	<input type="checkbox"/> C. Urgencias
<input type="checkbox"/> C. Maxilofacial	<input type="checkbox"/> CMA

6. NIVEL DE ESTUDIOS UNIVERSITARIO

- Diplomado o Grado en Enfermería
- Postgrado o Master
- Licenciado o Doctor

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN:

	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1.- ¿Están todos los miembros del equipo quirúrgico presentes antes de iniciar el LVQ?				
2.- ¿Se realiza la “pausa quirúrgica” justo antes de realizar la incisión cutánea?				
3.- ¿Se presentan los distintos miembros del equipo quirúrgico por su nombre y su función?				
4.- ¿Todos los ítems del LVQ se verifican verbalmente?				
5.- ¿Cumplimenta el LVQ a tiempo real conforme se realiza la verificación?				
6.- ¿Se anuncian en voz alta las diferentes fases (“Entrada, Pausa quirúrgica y Salida”) antes de continuar con el procedimiento?				
7.- ¿Se administra la profilaxis antibiótica 60 minutos antes de la incisión quirúrgica?				
8.- ¿Se entienden todos y cada uno de los elementos del LVQ como una acción concreta e inequívoca?				
9.- ¿Existen ítems que no se verifican por no considerarse “relevantes” dentro del proceso?				
10.- Si alguno de los ítems evaluado no se cumple ¿Se suspende el proceso quirúrgico?				

OPINIÓ DE LAS ENFERMERAS QUIRÚRGICAS:

	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1.- ¿Cree que el LVQ es una herramienta factible y eficiente para mejorar la seguridad del paciente en el área quirúrgica?				
2.- ¿Considera que ha existido una iniciativa global que implique a todos los profesionales participantes en la aplicación del LVQ?				
3.- ¿Piensa que se ha conseguido una masa crítica de profesionales convencidos de las ventajas del LVQ previa a su implantación?				
4.- ¿Cree que se ha utilizado un plan riguroso para la implementación del LVQ de forma óptima y segura?				
5.- ¿Considera que existe compromiso respecto al LVQ por parte de todos los miembros involucrados en el procedimiento quirúrgico?				
6.- ¿Piensa que el LVQ fomenta la comunicación y el trabajo en equipo entre las diferentes disciplinas clínicas?				
7.- ¿Cree que habría mayor conciencia sobre los beneficios del LVQ si hubiese recibido información sobre los resultados/mejoras posteriores a su implementación?				
8.- ¿Le gustaría que le aplicasen el LVQ en el caso de que le fueran a intervenir?				
9.- ¿Piensa que la aplicación del LVQ altera/perjudica el ritmo de trabajo en el quirófano dado al número de ítems que contiene?				



Health Universitat de
Barcelona
Campus

'i) EU d'Infermeria



Universitat
de Barcelona

10.- Escriba cualquier comentario, sugerencias de mejora, observaciones que quiera añadir y/o cualquier matiz a las cuestiones planteadas.