



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico (2018-19)

Trabajo Fin de Grado

**Resultados de la aplicación de la Lista
de Verificación Quirúrgica: cirugía
segura**

Alumna: Merino Trapote, Marta M^a

Tutora: Patricia Lorente González

Mayo, 2019

Glosario

- CSIC: Consejo Superior de Investigaciones Científicas
- CASPe: Critical Appraisal Skills Programme Español
- DeCS: Descriptores de Ciencias de la Salud
- ENEAS: Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización
- IME: Índice Médico Español
- JBI: Instituto Joanna Briggs
- IQ: Intervención Quirúrgica
- LVQ: Lista de Verificación Quirúrgica
- MeSH: Medical Subject Headings
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- OPS: Organización Panamericana de la Salud
- PICO: Paciente-Intervención-Comparación-Outcomes=resultados
- SNS: Sistema Nacional de Salud

ÍNDICE

Resumen	4
Abstract	5
Introducción	6
1. Historia y antecedentes	6
2. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente	7
3. Segundo reto de la “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente” “La Cirugía Segura Salva Vidas”	8
4. Lista de verificación quirúrgica de la OMS	9
5. Utilización de la Lista de Verificación Quirúrgica	10
6. Adaptación de la LVQ en diferentes centros	12
Justificación	13
Objetivos	14
Material y métodos	15
Resultados	18
1. Seguridad del paciente	18
2. Aplicación de la LVQ: punto de vista del personal sanitario	20
3. Implementación de la LVQ	22
4. Cumplimentación de la LVQ	23
Discusión	26
Conclusiones	29
Bibliografía	30
ANEXO I	36
ANEXO II	37
ANEXO III	39

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Introducción: la Organización Mundial de la Salud creó la Lista de Verificación Quirúrgica para llevar a cabo una práctica segura en quirófano. Las comprobaciones que se realizan inciden en aquellos aspectos que pueden ocasionar consecuencias perjudiciales para la salud de los pacientes.

Material y métodos: se realizó una búsqueda bibliográfica entre febrero y mayo de 2019 en bases de datos (Pubmed, Cinhal, Cochrane, Guía Salud, Instituto Joanna Briggs, Scielo, Lilacs, Cuiden, Enfispo, Índice Médico Español, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Teseo, Ministerio de Sanidad y Dialnet) utilizando las palabras clave (Lista de verificación quirúrgica, Seguridad del paciente, Cirugía, Evaluación de procesos y resultados). Se incluyeron artículos publicados desde 2009, en inglés y español, y tras análisis del contenido, fueron once los artículos incluidos en esta revisión bibliográfica.

Resultados: los diferentes estudios analizados establecen que la Lista de Verificación Quirúrgica mejora la seguridad del paciente, que constata la visión de los profesionales implicados en su uso, que en su mayoría opinan que es útil para la seguridad del paciente, pero en cuanto a su implantación y cumplimentación se encuentran barreras en ambas.

Discusión: la Lista de Verificación Quirúrgica es una herramienta que previene errores y complicaciones. No obstante, se encuentran barreras como falta de aceptación, comunicación entre profesionales y una reducida adherencia en su cumplimentación. Mejorando estos aspectos, su utilización aumentaría siendo más efectiva.

La Lista de Verificación Quirúrgica preserva la seguridad del paciente, previene errores, modifica actuaciones intraoperatorias y previene posibles consecuencias negativas posteriores a la intervención quirúrgica.

Palabras clave: Seguridad del paciente, Lista de verificación quirúrgica de la OMS, Aplicación y resultados, Implementación y Cumplimentación.

ABSTRACT

Introduction: The World Health Organization created the Surgical Checklist to carry out a safe practice in the operating room. Security checks are carried out focusing on those aspects that may cause harmful consequences for the health of patients.

Material and methods: a bibliographic search was conducted between February and May 2019 in databases (Pubmed, Cinhal, Cochrane, Guía Salud, Joanna Briggs Institute, Scielo, Lilacs, Cuiden, Enfispo, Índice Médico Español, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Teseo, Ministerio de Sanidad and Dialnet) using descriptors (Surgical checklist, Patient Safety, Surgery, Evaluation of processes and results) Articles published since 2009 were included, in English and Spanish, and after analysis of the content, there were eleven articles included in this bibliographical review.

Results: Different studies analyzed establish that the Surgical Checklist improves patient safety, confirms the vision of the professionals involved in its use, who mostly believe it is useful for patient safety but in terms of its implementation and filling in there are barriers in both.

Discussion: The Surgical Checklist is a tool that prevents errors and complications. However, there are barriers such as lack of acceptance, communication between professionals and a low adherence in its completion. Improving these aspects, their use would increase, with more effective use. The Surgical Checklist preserves patient safety, prevents errors, modifies intraoperative actions and prevents possible negative consequences after surgery.

Descriptors: Patient safety, WHO Surgical Checklist, Application and results, Implementation and Completion.

INTRODUCCIÓN

1. Historia y antecedentes

La seguridad del paciente lleva presente aproximadamente desde el inicio de las prácticas clínicas de las que se tiene constancia, siendo una de las principales misiones de la atención sanitaria la buena recuperación del paciente y la restauración de su salud. La seguridad del paciente se define como “la ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, del riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de una atención sanitaria” (1).

Existen escritos como el código de Hammurabi (1692 a.C.) en el que se habla sobre el bienestar de las gentes o el de Hipócrates en que describe el “primum non nocere” (2), donde se refleja la seguridad del paciente con respecto al trato por parte del médico.

Durante los siglos posteriores, aparecen diversos autores que con sus trabajos buscan mejorar la seguridad del paciente, destacando:

- Ambroise Paré (1509-1590), padre de la cirugía (1), estableció que cauterizar las heridas una vez limpias daba mejores resultados.
- Pierre Charles Alexandre Louis (1787 – 1872), médico e investigador (1), comenzó a cuantificar la medicina, sirviendo esto para valorar los síntomas y la eficacia de los tratamientos.
- Florence Nightingale (1820 – 1910), precursora de la enfermería moderna (1), consiguió reducir la mortalidad planteando medidas higiénicas básicas como el lavado de manos.
- Ignaz Philipp Semmelweis (1818 – 1865) (3), médico obstetra húngaro, propuso el uso de soluciones de cloro para el lavado de manos a modo de antiséptico para reducir la mortalidad puerperal.
- Ernest Codman (1869 – 1940), médico cirujano de Boston, reconocido como padre de la calidad asistencial, hizo un seguimiento de los pacientes tras la cirugía y enunció la teoría de los resultados finales (4), cuyo fin era hallar errores y buscar las causas, para evitarlos en el futuro.

En 1999 el Institute of Medicine publicaba el informe “To Err is Human: Building a Safer Health System” (5), en el que se tratan temas relacionados con la seguridad en diferentes procedimientos médicos y los errores médicos cometidos así como los costes y consecuencias, muchos de ellos prevenibles.

Posteriormente, se realizaron diversos estudios, como el de “Hospitals For Europe” (5) o el estudio ENEAS en España en 2005, en el que tratan de forma precisa los efectos adversos relacionados con procedimientos e intervenciones quirúrgicas, como por ejemplo complicaciones anestésicas o quemaduras quirúrgicas, entre otras (6). En España, la seguridad del paciente es un tema importante, por lo que forma parte del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS) desde el 2010. Dentro del Plan de Calidad, uno de los objetivos es poder implantar procedimientos seguros en el SNS en colaboración con las comunidades autónomas; estos proyectos se centran en anestesia, cirugía, cuidados de enfermería y administración de medicación (7).

Tras estas publicaciones, diferentes entidades, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Organización Panamericana de la Salud (OPS), comenzaron a debatir sobre la necesidad de mejorar la seguridad de los pacientes, promoviendo el conocimiento de los errores cometidos para poder ofrecer una asistencia más segura.

2. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente

La OMS en 2004 crea la “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente” (8). En ella, se pretendía los Estados Miembros de la OMS tuviesen más en cuenta la seguridad del paciente, promoviendo prácticas más seguras para los pacientes en todos los ámbitos de la salud.

La Alianza estableció dos retos, el primero centrado en las infecciones relacionadas con la asistencia recibida por los pacientes en los servicios de salud y el segundo centrado en la seguridad del paciente durante las prácticas quirúrgicas.

La cirugía es un tema importante dentro de la asistencia sanitaria, ya que a veces puede evitar discapacidades en diferentes procesos patológicos e incluso salvar vidas, pero aun así, en algunas ocasiones, puede producir daños

importantes, tales como efectos adversos relacionados con la atención quirúrgica, complicaciones postoperatorias o incluso la muerte tras la cirugía.

3. Segundo reto de la “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente”: “La Cirugía Segura Salva Vidas”

Atul Gawande (8) fue el encargado de dirigir el segundo reto de la Alianza, que se centró en la seguridad del paciente durante la atención quirúrgica. El objetivo principal de este segundo reto fue mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo. Para conseguirlo, se creó un conjunto de normas de seguridad aplicables a los Estados Miembros de la OMS, denominando a este conjunto Lista de Verificación Quirúrgica (LVQ) de la OMS. La Lista de Verificación Quirúrgica también se denominó checklist, ya que es que un listado de comprobación para constatar si se han seguido adecuadamente las pautas de las prácticas clínicas a realizar.

Los objetivos (9) con los que se creó la Lista de Verificación de quirófano fueron:

- Identificar qué procedimientos clínicos, diagnósticos y terapéuticos son los más eficaces y los que menos efectos adversos producen.
- Garantizar que se apliquen los procedimientos a quien los necesite.
- Seguir correctamente los procedimientos y técnicas quirúrgicas a realizar.

Se decidió señalar cuatro áreas en las que se podían introducir modificaciones. Estas áreas están relacionadas con la prevención de infecciones de la herida quirúrgica, la seguridad de la anestesia, los equipos de cirugía seguros y la medición de los datos de los servicios quirúrgicos.

Se tomaron medidas en cuatro aspectos diferentes (8) para poder mejorar la seguridad de la cirugía y reducir tanto complicaciones como fallecimientos:

- Proporcionar información a diferentes colectivos sanitarios sobre la importancia de la seguridad de la cirugía en la salud pública.
- Crear las estadísticas vitales quirúrgicas para vigilar la atención dada en las intervenciones quirúrgicas.

- Establecer un conjunto de normas de seguridad en cirugía que pueda cumplimentarse en todos los países y realizar una lista de verificación que se utilice en los quirófanos.
- Difundir la lista de verificación quirúrgica, primero en centros piloto con unas medidas de vigilancia y luego ya hacerla llegar a todos los hospitales del mundo.

4. Lista de verificación quirúrgica de la OMS

Para confirmar el cumplimiento de las normas de seguridad, se establecieron diez objetivos (9) que debían cumplirse:

1. Realizar la intervención quirúrgica al paciente correcto y en el lugar anatómico correcto.
2. Emplear métodos capaces de reducir los efectos adversos derivados de la administración de anestesia y de reducir el dolor al paciente.
3. Tener preparado todo lo necesario y saber actuar en caso de que haya problemas respiratorios o con la vía aérea.
4. Tener preparado todo lo necesario y saber actuar en caso de pérdida considerable de sangre.
5. Evitar reacciones adversas y alérgicas al paciente con riesgo relacionadas con la administración de fármacos.
6. Utilizar el material y métodos para reducir el riesgo de infección de la herida quirúrgica.
7. Evitar dejar material utilizado durante la intervención quirúrgica en la herida quirúrgica.
8. Confirmar la identificación de todas las muestras recogidas durante la IQ correctamente.
9. Obtener, mediante una comunicación eficaz, aquella información necesaria sobre el paciente durante la operación para que sea segura.
10. Establecer un sistema de vigilancia que permita obtener la capacidad, el volumen y los resultados de la cirugía

Para poder conseguir los objetivos descritos, se creó la Lista de Verificación Quirúrgica con el fin de que los profesionales de la salud pudiesen utilizarla. Se

llevó a cabo una evaluación en los centros piloto de tal manera que se pudiese comprobar su eficacia.

5. Utilización de la Lista de Verificación Quirúrgica

Con el fin de usar correctamente la LVQ, ésta debe ser dirigida por una sola persona, normalmente una enfermera circulante, pero puede ser cumplimentada por cualquier persona que participe en la intervención quirúrgica y que forme parte del equipo quirúrgico (10). Dentro de la LVQ (Anexo I), se distinguen tres momentos, entrada, parada quirúrgica y salida, en los que se revisan diferentes cuestiones (11).

La primera fase es la denominada entrada (11), que se define como el período previo a la inducción de la anestesia. En este período deben de estar presentes anestesista y personal de enfermería, aunque también sería conveniente que esté presente el cirujano. Es necesario comprobar:

- La identidad del paciente.
- El lugar de intervención del cuerpo.
- El procedimiento a realizar.
- El consentimiento informado de la operación firmado.
- La zona a operar delimitada (si procede).
- La revisión de la seguridad anestésica (equipos de anestesia e instrumentos previos a la inducción).
- El pulsioxímetro funcionando y colocado correctamente.

Se revisará también con el anestesista el riesgo de hemorragia presente en la IQ, las dificultades para el acceso a la vía aérea, las reacciones alérgicas del paciente y si se ha hecho una comprobación de los aparatos de anestesia y medicación (12).

La segunda parte de la LVQ es la parada quirúrgica (12), que comprende el período entre la inducción de la anestesia y la incisión quirúrgica. Es necesaria la presencia de anestesista, personal de enfermería y cirujano. En esta etapa debe de comprobarse:

- La presentación de cada miembro del equipo encargado de realizar la intervención quirúrgica.
- La operación a realizar en el paciente correcto y en el lugar del cuerpo correcto.
- Los puntos de intervención de cada miembro del equipo.
- La administración previa a la IQ de antibiótico profiláctico en la hora anterior de la misma.
- La correcta visualización de las imágenes esenciales o relevantes en la cirugía.

Es muy importante que en esta parte de la cirugía se dé una correcta comunicación entre los miembros del equipo (11); es importante reconocer preocupaciones o consideraciones de cada uno de ellos. También es el momento de confirmar algunas otras consideraciones de seguridad, aquellas propuestas por cada servicio de salud.

Por último, se encuentra la etapa de salida (11), que es el período de cierre de la incisión quirúrgica. Deben de estar presentes anestesista, enfermera y cirujano. Se debe confirmar:

- La operación llevada a cabo.
- El recuento de gasas e instrumentos.
- La clasificación de las muestras biológicas recogidas durante la operación correctamente.
- Los problemas visualizados en relación con los instrumentos o los equipos durante la intervención y eventos intraoperatorios importantes.
- Los planes relacionados con drenajes, sondajes, catéteres, apósitos...
- El tratamiento posterior a la IQ y la recuperación del paciente.
- El inicio del tratamiento profiláctico de la enfermedad tromboembólica.

Antes de pasar a cada una de las fases (11), es necesario que se permita a la persona encargada de cumplimentar la LVQ confirmar las tareas realizadas por el equipo encargado de realizar la operación.

Existe un apartado destinado para escribir o comunicar problemas o incidencias que no tienen ítem específico en la LVQ para poder prevenirlos en intervenciones posteriores.

6. Adaptación de la LVQ en diferentes centros

Tras los primeros estudios realizados de la aplicación de la LVQ, ésta sufrió diversas modificaciones para poder ser utilizada de forma internacional y para que pudiese implantarse en todo centro en el que se llevasen a cabo intervenciones quirúrgicas (13).

El objetivo de estas modificaciones realizadas por la OMS es conseguir adaptarla de la mejor manera posible a las necesidades y a los procedimientos quirúrgicos a realizar en cada uno de los centros en los que se utiliza.

Los cambios llevados a cabo en cada centro han de hacerse tras haberlos probado mediante su aplicación con simulacros y comprobar que son eficaces para poder aprobarlos. El resultado de las modificaciones tiene que formar una lista breve, pudiendo ser completada cada sección en menos de un minuto, que mencione aquellas cuestiones que no puedan comprobarse de otra manera. Además, cada ítem de la lista tiene que estar relacionado con una acción precisa y delimitada, para evitar así que el equipo quirúrgico no sepa de qué se está hablando. Es importante que toda variación pueda ser verificada de forma oral.

Existen centros en los que se están utilizando otras listas de verificación que no son las de la OMS; en éstos, se debe de combinar LVQ propuesta por la OMS y aquella que se está utilizando de manera que, los puntos más importantes como son la presentación del equipo y el intercambio de información previo a la realización del procedimiento, entre otras, estén presentes.

JUSTIFICACIÓN

Una vez conocidas las causas que ponen en peligro la salud del paciente durante la intervención quirúrgica, como pueden ser las infecciones quirúrgicas evitables o la poca comunicación entre los miembros del equipo, es posible evitar y reducir estas cuestiones teniendo como objetivo conseguir una práctica segura para el paciente (14).

La cirugía y el uso de medicamentos pueden dar lugar a efectos adversos importantes. Estos junto con las infecciones nosocomiales, forman parte de las complicaciones más relevantes que se producen derivadas de la hospitalización (7).

La Lista de verificación quirúrgica es una herramienta que se creó con el fin de reducir los riesgos y los daños al paciente que va a ser sometido a cirugía dándolos a conocer y poder así reducirlos en intervenciones posteriores. Está instaurada en tan solo ocho países de los 193 Estados Miembros de la OMS desde enero de 2007 (8), por lo que es un instrumento cuya implantación ha sido progresiva, aunque incompleta en la totalidad de hospitales donde se llevan a cabo intervenciones quirúrgicas.

El trabajo diseñado quiere conocer cómo ha sido la implantación de la LVQ en diferentes centros, cómo ha sido la adaptación de los profesionales sanitarios a esta nueva medida y qué opinión tienen acerca de ella y los resultados beneficiosos encontrados en relación con la seguridad del paciente.

OBJETIVOS

La realización de este trabajo tiene como objetivo principal:

- Analizar los beneficios del uso y la implantación de la lista de verificación quirúrgica de la OMS.

Como objetivos específicos, se encuentran:

- Conocer las opiniones que encuentran los profesionales de la salud a la hora de aplicar la LVQ.
- Analizar las barreras encontradas en relación con la implantación de la LVQ.
- Analizar la cumplimentación de los diferentes ítems de la LVQ.

MATERIAL Y MÉTODOS

El trabajo realizado consistió en una revisión bibliográfica centrada en la aplicación del LVQ de la OMS y los resultados obtenidos de la misma. La pregunta de investigación fue la siguiente: ¿qué beneficios para los pacientes quirúrgicos se obtienen tras la aplicación del LVQ de la OMS?

Para determinar la pregunta de investigación, se ha utilizado la estrategia PICO (tabla 1).

P	PACIENTE	Paciente quirúrgico
I	INTERVENCIÓN	Aplicación LVQ de la OMS
C	COMPARACIÓN	Práctica habitual sin LVQ
O	RESULTADOS	Beneficios de su aplicación

Tabla 1. Pregunta PICO

La búsqueda se realizó entre febrero y mayo de 2019.

Se utilizaron como palabras clave los términos incluidos en la tabla 2, para la realización de la búsqueda bibliográfica, aplicando los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH).

PALABRAS CLAVE UTILIZADAS	
DeCS	MeSH
Lista de verificación quirúrgica	Checklist
Seguridad del paciente	Safety patient
Cirugía	Surgery
Evaluación de procesos y resultados	Outcome and process assessment

Tabla 2. Palabras clave utilizadas

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión y de exclusión:

- Criterios de inclusión: que contengan las palabras clave, idioma español y/o inglés, artículos de los últimos diez años.
- Criterios de exclusión: aquellos artículos en los que no aparecen pacientes quirúrgicos y artículos en los que se utiliza una lista de verificación de la cirugía diferente a la LVQ de la OMS.

Tras hacer la búsqueda en las diferentes bases de datos, se obtuvieron un total de 1330 artículos. Después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, realizar una lectura del resumen y por último una lectura crítica guiada con las plantillas del sistema CASPe, cuando ha sido susceptible de usarse, y el nivel de evidencia según el tipo de estudio en las otras ocasiones, se seleccionaron un total de once artículos. El proceso de selección específico desarrollado queda reflejado en la tabla 3.

Buscador Bibliográfico	Resultados sin filtros	Filtros utilizados	Resultados con filtros	Resultados tras lectura	Resultados tras lectura crítica
PUBMED	820	10 years Human Spanish	17	4	4
CINAHL	391	2009-2019 Español	6	0	0
COCHRANE	0	0	0	0	0
GUÍA SALUD	0	0	0	0	0
JBI	0	0	0	0	0
SCIELO	21	Español Inglés	19	3	2
LILACS	47	Español Human	13	3	1
CUIDEN	20	-	20	3	2
ENFISPO	4	-	4	0	0
IME	1	-	1	0	0
CSIC	1	-	1	0	0
TESEO	0	0	0	0	0
MINISTERIO DE SANIDAD	15	-	15	3	1
DIALNET	10	-	10	1	1
TOTAL DE ARTÍCULOS	1330	-	106	17	11

Tabla 3. Resultados de la búsqueda bibliográfica.

Para llevar a cabo la búsqueda, se utilizaron bases de datos nacionales e internacionales: Pubmed, Cinhal, Cochrane, Guía Salud, Instituto Joanna Briggs (JBI), Scielo, Lilacs, Cuiden, Enfispo, Índice Médico Español (IME),

Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), Teseo, Ministerio de Sanidad y Dialnet.

La ecuación de búsqueda detallada puede consultarse en el Anexo II.

Para acceder a las páginas web de los buscadores, se accedió a través de la biblioteca de la Universidad de Valladolid y a través de buscadores en red como Google Académico.

A continuación, se detalla el proceso de selección de los artículos mediante la realización de un árbol de búsqueda (tabla 4) donde se especifican los motivos de exclusión de los artículos hasta llegar a la selección final que se incluyó en este trabajo.

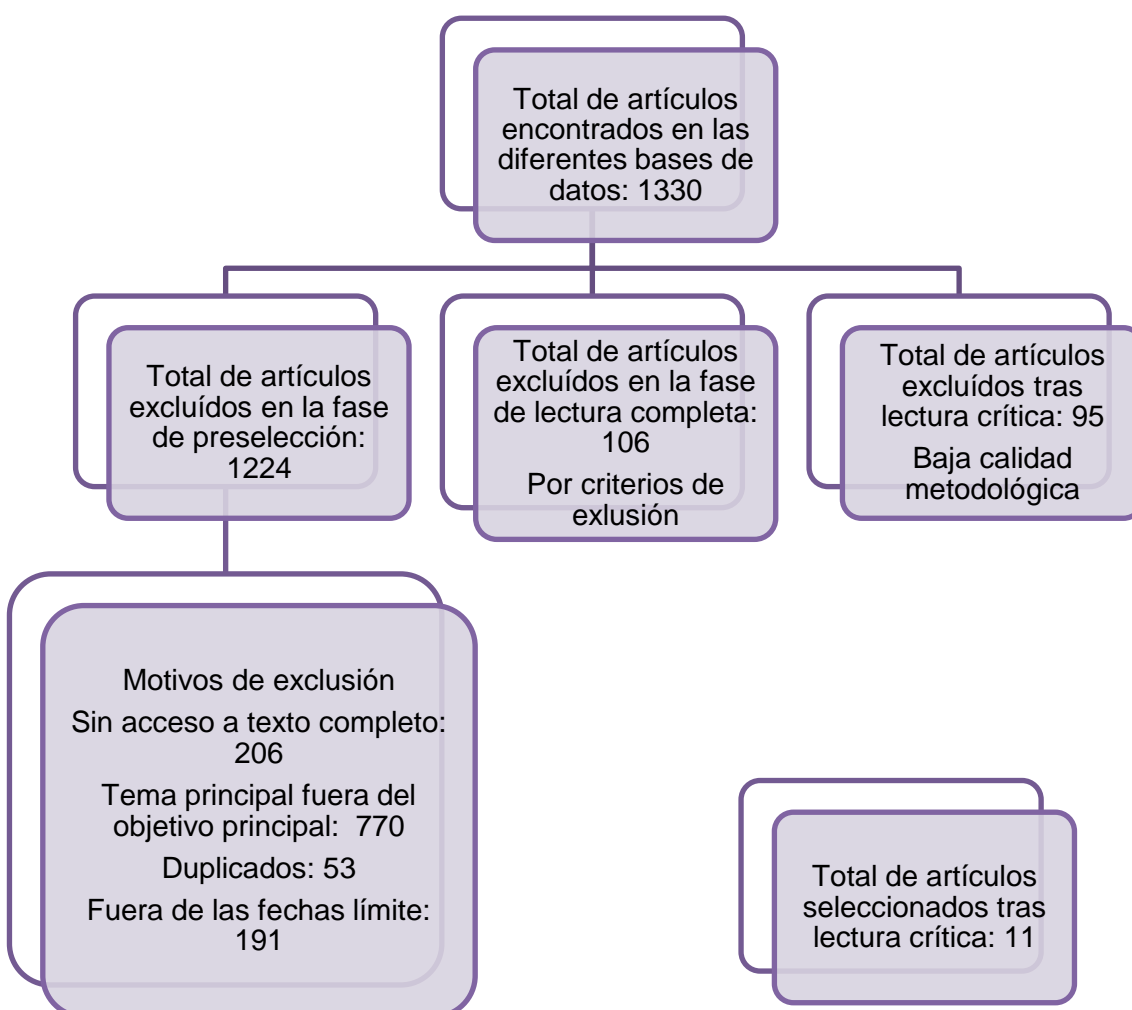


Tabla 4. Árbol de búsqueda y selección de los artículos.

RESULTADOS

La revisión bibliográfica presentada comenta principalmente los beneficios encontrados de la utilización de la LVQ de la OMS y los resultados en cuanto a cómo se ha desarrollado su implantación, así como las ventajas e inconvenientes que los profesionales sanitarios opinan o creen que aporta su utilización.

Se realiza una tabla en la que se detallan los artículos seleccionados, su autor, el tipo de estudio que es cada uno, el nivel de evidencia científica y un resumen de los resultados específicos en relación con la LVQ (Anexo III).

1. Seguridad del paciente

La principal finalidad de la implantación de la LVQ de la OMS es mejorar la seguridad del paciente intervenido quirúrgicamente. En un estudio realizado por Larissa de Siqueira Gutierrez et al (15), una de las ocho recomendaciones de enfermeros sobre las buenas prácticas para la seguridad del paciente estaba orientada al uso de la LVQ. Se realizó una relación entre las 8 recomendaciones y la incidencia de las mismas, teniendo el uso de la LVQ un 24,7%. Como resultado, se describe que el uso de la LVQ es fundamental para reducir daños al paciente en la IQ, reduciendo las complicaciones quirúrgicas y la mortalidad intraoperatoria. Por otro lado, otro apartado de resultados comenta que la LVQ mejora la comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico. Es importante también la adaptación de la LVQ para las especificaciones que se precisan en diversas situaciones. Además, los protocolos quirúrgicos están en un plan de mejora continua, por lo que la LVQ debería de hacer lo propio.

También se establece en el mismo estudio que el hecho de implementar la LVQ garantizará una asistencia de buena calidad y como consecuencia mejorando la seguridad del paciente.

En el estudio de M.D. Menéndez Fraga et al (16) se establece que con el paso de los 3 años, los efectos adversos se redujeron desde un 16,3% en 2011 al 9,4% en 2014.

Según María Greu, (17), el uso de la LVQ es positivo en cuanto a que descienden los efectos adversos intraoperatorios, desciende la mortalidad y disminuye el porcentaje de infecciones en la herida quirúrgica. También favorece la comunicación de los miembros del equipo quirúrgico.

En relación con la seguridad del paciente, María Greu (17) menciona que existen ciertas acciones que favorecerían el uso y la aplicación de la LVQ. Una mejoría iría orientada a introducir pausas entre las prácticas de quirófano para facilitar al personal del equipo quirúrgico verificar la LVQ. Otra se centraría en continuar realizando acciones en el proceso operatorio que mejoran la seguridad del paciente, como por ejemplo la profilaxis antibiótica antes de la IQ. Sería conveniente también un cambio en cuanto a la forma de trabajar y la comunicación de los profesionales en el momento de la IQ. También comenta que, aparte de destacar los efectos favorables del uso de la LVQ, aparecen obstáculos que dificultan su implantación, que además están íntimamente relacionados con el cumplimiento de la misma. Se considera que es conveniente trabajar tanto la comunicación y la conversación de forma activa entre los miembros que forman el equipo quirúrgico al igual que se recomienda el uso de la LVQ de manera ordenada.

Al igual ocurre en un estudio dirigido por la OMS en el que, María Lema Tomé et al (18), considera que el uso de la LVQ mejora la comunicación y la escucha activa de los profesionales de salud y además disminuye la morbimortalidad durante la IQ.

En cuanto a los beneficios encontrados, M.I. Rodrigo-Rincón (19) confirma que el uso de la LVQ disminuye las complicaciones relacionadas con las intervenciones quirúrgicas, además de reducir costes y mejorar la calidad asistencial.

2. Aplicación de la LVQ: punto de vista del personal sanitario

En un estudio realizado por Rocío Marcelly Pérez Quiste (20), el 44% de los encuestados de un total de 41 personas que formaban parte del equipo quirúrgico tenía una percepción favorable en cuanto a la utilidad de la LVQ, considerando así que al tener esa percepción, su uso iba aumentar. En cuanto a su uso, un 41% consideró que su aplicación era favorable. Por todo ello, el trabajo considera que la LVQ de la OMS es útil desde el punto de vista del personal sanitario.

En lo referido a sus beneficios percibidos por el personal sanitario, en el trabajo de Ma. Diana Rivero García (21) el que el 86,3% consideró que la LVQ sí que proporciona beneficios a la profesión y el 91,2% considera que previene efectos adversos.

En el estudio realizado por M.I. Rodrigo-Rincón (19), el 95,7% del personal encuestado contestó que la LVQ era útil siempre o casi siempre.

S. Verwey realizó un estudio en dos hospitales en Durban (Sudáfrica) (22) en el que se pasó una encuesta cuyas preguntas incluían roles de los profesionales, intención que creían que tenía la LVQ, formación que habían recibido, barreras para su utilización y percepción personal. Del total de personas encuestadas, el 3,8% no había escuchado hablar de la LVQ. En cuanto al objetivo de la implantación de la LVQ (tabla 6), las respuestas agrupadas por temas fueron:

AGRUPACIÓN DE RESPUESTAS	PORCENTAJE
Mejora de la seguridad del paciente y la cirugía	66,3%
Previene errores y reduce morbilidad y mortalidad	40,2%
Mejora de la comunicación y trabajo en equipo en quirófano	12%
Evita peligros médico-legales	9,8%
No sabe/en blanco	4,3%
Mejora del nivel del cuidado	1,1%

Tabla 6. Objetivos de la implantación de la LVQ. Estudio de Verwey (22)

En cuanto a los inconvenientes y la percepción del personal que se encontraron con respecto al uso de la LVQ (tabla 7), las respuestas fueron:

RESPUESTA	SI	NO
La LVQ tarda mucho en contestarse	26,2%	73,8%
Es difícil encontrar un coordinador para la LVQ	46,5%	53,5%
Se sabe quién es el responsable de empezar la LVQ	54,1%	45,9%
El personal debe estar capacitado para utilizar la LVQ	89,3%	10,7%
La LVQ es una copia del checklist existente	23,8%	76,2%
No es necesario utilizar la LVQ	12,6%	87,4%
La LVQ es una pérdida de tiempo	6,3%	93,7%
No completar la LVQ es una mala praxis	78,4%	21,6%
Utilizar la LVQ reduce el error humano	94,9%	5,1%
Utilizar la LVQ mejora la seguridad del paciente	96%	4%
Utilizar la LVQ mejora el trabajo en equipo en quirófano	84,9%	15,1%
El equipo quirúrgico apoya el uso de la LVQ	56,5%	43,5%
El personal de anestesia apoya el uso de la LVQ	87,8%	12,2%
El personal de enfermería apoya el uso de la LVQ	83,9%	16,1%
La gerencia apoya el uso de la LVQ	90%	10%
Quiere usar la LVQ	91,9%	8,1%
Cuando se usa la LVQ, me siento formando parte del equipo	78,9%	21,1%

Tabla 7. Respuestas con respecto al uso de la LVQ. Estudio De Verwey (22)

En un apartado en el que se les permitían preguntas abiertas, en el trabajo realizado por M.I. Rodrigo-Rincón (19), las sugerencias para mejorar la LVQ fueron las siguientes:

- 20% - modificar el contenido de los ítems
- 1% - aumentar el número de ítems
- 16% - disminuir el número de ítems
- 17% - unificar ítems comunes
- 46% - motivar a los profesionales
- 1% - mejorar el circuito

- 9% - anular la intervención si los ítems no están correctamente cumplimentados

Según M.I. Rodrigo-Rincón (19), parte del equipo quirúrgico comentó que se habían conseguido prevenir errores (11,2% de los profesionales) y que se mejoraba la comunicación entre los miembros del equipo (32,5% de los profesionales).

Se vio que estaba en relación la utilidad que veían los profesionales con si consideraban que se reducían los errores (la media de utilidad de un 7,8/10 correspondía a los miembros que sí que consideraban que se habían reducido los errores) y con si se mejoraba la comunicación (el 63,2% que había contestado que se prevenían errores contestó que sí).

3. Implementación de la LVQ

Tras la creación de la LVQ de la OMS, Nora Dackiewicz et al (23) realizaron un estudio en el que se establecieron cuatro etapas para incorporar la LVQ:

1. Diagnóstico de situación
2. Adaptación y difusión de la LVQ propuesta por la OMS
3. Implementación del uso de la LVQ
4. Relevamiento de la adherencia

En cuanto al diagnóstico de situación, un observador contrastó que de 11 casos observados, 3 de ellos habían tenido deficiencias (oximetría de pulso en la fase de inducción 61%, marcado de la zona quirúrgica 58% y administración de profilaxis antibiótica 31%) en relación con las acciones del equipo quirúrgico. En cuanto a la disponibilidad del equipamiento, había dos situaciones que podían causar errores: la mala identificación de fármacos de riesgo y la ausencia de pulsioxímetro. En cuanto a los pacientes y las complicaciones postquirúrgicas, el 11% presentaron complicaciones, una parte de ellos relacionadas con la anestesia y otra con la cirugía, principalmente con infección y reintervención no programada.

En relación con la adaptación y la difusión de la LVQ propuesta por la OMS, se realizaron diversas acciones para modificarla y preparar al personal sanitario para su utilización. Entre estas acciones destacan la presentación de la

situación, la presentación de la experiencia con la LVQ, las modificaciones sugeridas sobre la LVQ y la adaptación del manual de uso.

Durante la implementación del uso de la LVQ se realizó una prueba piloto. Posteriormente, se presentaron los resultados del período de la prueba piloto y se informó del uso obligatorio de la LVQ, asignando así los responsables de su verificación en las distintas etapas quirúrgicas. Por último, se elaboró la LVQ definitiva para el hospital.

En cuanto al relevamiento de la adherencia, se revisó mensualmente la utilización de la LVQ, viendo que cada mes incrementaba el porcentaje de uso. En su última revisión (agosto 2010), su adherencia era del 65%.

Ascensión Sánchez-Martínez, (24) comenta también que desde el principio aparecieron barreras, principalmente por la implantación de una nueva forma de realizar la verificación en quirófano. Con el paso de los años, el uso de la LVQ ha aumentado considerablemente. Además, ha aumentado el número de IQ y se han introducido nuevas técnicas quirúrgicas, pudiendo así aumentar los efectos adversos relacionados con procedimiento quirúrgico. Éste puede ser un motivo relevante para aumentar las medidas de seguridad en estos procesos y como consecuencia, de utilizar y aceptar más y mejor la LVQ.

Además de su implantación, en este estudio dirigido por Ascensión Sánchez-Martínez (24), aparecen otros impedimentos que la hacen poco aceptada por ciertos profesionales. Éstos son, principalmente, hechos relacionados con el tiempo de cumplimentación, la falta de liderazgo y la falta de responsabilidad de cada profesional presente en la IQ y la escasa comunicación entre los miembros del equipo.

A pesar de ello, M.I. Rodrigo-Rincón (19) afirma que su implantación puede ser dificultosa, ya que los profesionales sanitarios pueden no verla útil.

4. Cumplimentación de la LVQ

Víctor Soria-Aledo et al (25) son conscientes de que la LVQ no se utiliza en el 100% de los casos, siendo en su estudio un porcentaje inferior a otros hechos

en otros hospitales de España y de otros países relacionados con el uso de la LVQ. Se entiende que es posible llegar a incluir la LVQ en la totalidad de intervenciones realizadas, pudiendo ser éste un objetivo para los profesionales de los diferentes centros. Se comprueba que el mayor error aparece a la hora de cumplimentar de forma correcta la LVQ, por lo que se debe actuar para mejorar la efectividad de su uso. Lo mismo pasa con los diferentes ítems de la LVQ; aparece mayor desempeño en la primera y la segunda fase de la misma, mientras que la tercera de Salida suele ser la menos cumplimentada. Se debe trabajar para mejorar estas cuestiones.

Blanca Torres et al (26) compara el uso de la hoja de enfermera circulante, que se utiliza para el registro de actividad en quirófano y la LVQ. En los resultados, se prueba que en la hoja de enfermera circulante los ítems número de historia clínica, edad del paciente y fecha de intervención se cumplimentaron en el 100% de los casos revisados. Por el contrario, el único ítem que se cumplimentaba en el 100% de los casos de uso de la LVQ era el recuento de instrumental, reduciendo así posibles complicaciones postquirúrgicas.

En cuanto a los porcentajes de no cumplimentación, algunos de los de mayor porcentaje corresponden a la presentación con nombre y función del equipo (52,90%), el equipo confirma la identidad del paciente (53,10%), el equipo confirma sitio quirúrgico (53,90%) y el equipo confirma procedimiento (54,90%), correspondiendo a los ítems que requieren comunicación entre los miembros del equipo.

En cuanto a la profilaxis antibiótica, es un ítem que no se cumplimenta demasiado (2,47% de casos se verifica).

Se comprueba que el uso de la LVQ es menor que el de la hoja de enfermera circulante y está en relación con el rechazo al cambio.

De las tres fases de la LVQ, los resultados muestran que es la segunda fase la que mayor porcentaje de cumplimentación presenta.

En un estudio realizado por M.D. Menéndez Fraga et al (16), se evalúa el cumplimiento de la LVQ. De 227 historias quirúrgicas revisadas, el 100% tenía incluida la LVQ. El 94,4% de los ítems estaban rellenos y el 28,2% de las LVQ tenían todos los ítems completos en las 3 fases del proceso; en la entrada

el cumplimiento fue del 75,5%, en el período antes de la incisión fue del 84,4% y en la salida fue del 32,2%. En cuanto al cumplimiento de los ítems de la LVQ aumentó de un 18,6% en 2011 al 39,1% en 2014.

Ma. Diana Rivero García et al (21) llevó a cabo un trabajo en el que se comprobó que el equipo cumplimentó la LVQ en un 87.97%.

En cuanto al cumplimiento en relación con las tres etapas, en la primera se realizó en un 94.91%, en la segunda en un 89.43% y en la última en un 81.93%. En la primera etapa de entrada, los motivos por lo que no se cumplimentó entera fueron parte del personal no verificó un ítem y porque no se confirmó otro. En la segunda etapa antes de la incisión quirúrgica, en el 35,6% de casos estudiados no se mencionaron las consideraciones especiales con el paciente y en el 15% no se comprobaron verbalmente las posibles situaciones críticas de la intervención quirúrgica. En la tercera etapa de salida, en un 41% no se revisaron los aspectos postoperatorios del paciente, e el 28% no se registraron de manera correcta y en el 21,9% no se rellenó el ítem de recuento de instrumental ni problemas con el equipo y el material. En cuanto al cumplimiento, el 94,5% rellenó bien la LVQ y el 86,3% interrumpió sus actividades antes de la incisión y poder así completar esa parte de la LVQ.

En el estudio realizado por M.I. Rodrigo-Rincón (19) se implantó la LVQ con más ítems que la que propuso la OMS. Tras realizar un cuestionario sobre la utilización y utilidad de la LVQ resultó que el 88% de las respuestas eran de enfermeras.

DISCUSIÓN

Los resultados incluidos en esta revisión nos dan diversos puntos de vista sobre la LVQ.

En el estudio de M.D. Menéndez Fraga (16), se confirma que el uso de la LVQ ha ido aumentando en los últimos años. En los dirigidos por María Greu (17), María Lema Tomé et al (18) y M.I. Rodrigo-Rincón (19), los beneficios encontrados se centran principalmente en las complicaciones postoperatorias, mejorando así el cuidado otorgado al paciente. De esta manera, se mejora la calidad asistencial ofrecida. Además, la LVQ sirve para mejorar la comunicación entre los profesionales dentro de quirófano.

Por otro lado, los profesionales tienen diversos puntos de vista sobre la LVQ. Según Rocío Marceley Pérez Quiste (20), Ma. Diana Rivero García (21) y S. Verwey (22), los profesionales consideran que la LVQ es útil en cuanto a que mejora la seguridad del paciente, siendo esto positivo para la profesión.

A pesar de ello, en el estudio de M.I. Rodrigo-Rincón (19) se pregunta a los profesionales sobre sugerencias de mejora, siendo la comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico la más repetida.

Nora Dackiewicz et al (23) y Ascensión Sánchez-Martínez, (24) comparten que la implantación de la LVQ fue dificultosa, ya que en su mayoría los profesionales no aceptaron el cambio, lo que implica una falta de adherencia a su uso.

Víctor Soria-Aledo et al (25) comenta que las barreras encontradas en cuanto a la cumplimentación están en estrecha relación con su uso; también menciona que la fase de Salida de la LVQ es la menos cumplimentada, al igual que refiere M.D. Menéndez Fraga et al (16). Al igual que los dos autores anteriores, Ma. Diana Rivero García et al (21) confirma que la LVQ no está cumplimentada en el 100% de las IQ. Estas barreras están relacionadas principalmente con la necesidad de tiempo en su cumplimentación lo que puede conllevar demoras mal recibidas en la realización de otras funciones, además de una sensación

por parte de los profesionales de que aumenta la carga de trabajo para la obtención de un beneficio por parte del paciente.

En cuanto a los problemas que se encuentran relacionados con la cumplimentación de la LVQ de la OMS, Víctor Soria-Aledo et al (25) menciona que un inconveniente importante puede ser las características del centro donde se aplica la LVQ en cuanto a temas de informatización, ya que se puede así disminuir el tiempo que se tarda en completar la LVQ. Otro factor importante que puede modificar el motivo de cumplimentar la LVQ puede ser el tipo de anestesia utilizada, ya que el profesional puede considerar de una manera o de otra el tipo de anestesia y disminuir las medidas de seguridad en el quirófano.

Además, Ascensión Sánchez-Martínez (24) menciona que al no ser aceptada la LVQ al 100% para darle uso, muchos profesionales no se adaptan a los nuevos cambios, por lo que es importante educar y enseñar a los profesionales encargados de utilizar la LVQ los beneficios en cuanto a la seguridad del paciente y la importancia del uso de la misma. No se debe de pensar que la LVQ es algo obligatorio, si no la finalidad que se pretende conseguir con su uso que es preservar la seguridad del paciente y poder así concienciar a los profesionales sanitarios encargados de su cumplimiento.

María Lema Tomé (18) confirma que una buena adherencia al uso de la LVQ es un paso para observar posibles errores que se pueden causar a lo largo de una IQ y para reconocer hechos en los que se puede mejorar.

La implantación de la LVQ es una buena ocasión para aumentar la capacitación del personal quirúrgico pudiendo reducir errores y mejorando la seguridad del paciente. La comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico es un aspecto muy importante en relación con la aplicación de la LVQ de la OMS, por lo que es un motivo más que suficiente para educar al personal sanitario encargado de su uso.

En cuanto a los años de búsqueda de los artículos, se seleccionan los últimos 10 años por querer abarcar la totalidad de los estudios desde la creación de la LVQ de la OMS.

A pesar de querer realizar una revisión bibliográfica sistemática, no fue posible por no poder utilizar la plantilla CASPe en la totalidad de los resultados encontrados, siendo éstos transversales, descriptivos, retrospectivos o prospectivos.

También puede aparecer un sesgo por no ser una revisión por pares, siendo el proceso ideal, ya que este trabajo tiene un solo autor, puesto que se trata de un Trabajo de Fin de Grado y debe hacerse individualmente.

CONCLUSIONES

- La LVQ es una herramienta que preserva la seguridad del paciente, previene errores, modifica actuaciones intraoperatorias y previene posibles consecuencias negativas posteriores a la intervención quirúrgica.
- En la implantación de la LVQ aparecen dos problemas principalmente: el rechazo al nuevo procedimiento desarrollado por parte del personal implicado y la falta de comunicación, que hace que no se complete la LVQ de forma correcta.
- Se debe de formar a los profesionales que estén encargados de utilizar la LVQ sobre la importancia de su aplicación y dejar claro cuál es su objetivo principal.
- El uso de la LVQ es un instrumento adecuado para promover la comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico.
- Se debe de seguir trabajando en la investigación sobre la LVQ para poder así mejorarla y adecuarla a las nuevas tecnologías y técnicas quirúrgicas.
- Un hecho a considerar sería favorecer la adherencia a la LVQ de todos los estados miembros de la OMS mediante la divulgación de los resultados beneficiosos de los diferentes estudios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aranaz JM, Agra Y. La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. Med Clin [Internet]. 2010 [citado 8 de marzo de 2019]; 135: Sup 1: 1-2. Disponible en: <http://www.aesculapseguridaddelpaciente.org.mx/docs/articulos/1.-Pasado-y-Futuro-de-la-Seguridad-del-Paciente-2010.pdf>
2. Miranda MC, Navarrete TL. Semmelweis y su aporte científico a la medicina: Un lavado de manos salva vidas. Rev Chil Infect [Internet]. 2008 [citado 8 de marzo de 2019]; 25 (1): 54-57. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v25n1/art11.pdf>
3. Massanés M. Prevenció d'Errors de Medicació. Boletín de Prevención de Errores de Medicación de Cataluña. [Internet]. 2016. [citado 9 de marzo de 2019]; 14 (1): 1-7. Disponible en: http://medicaments.gencat.cat/web/.content/minisite/medicaments/professionals/6_publicacions/butlletins/boletin_errores_medicacion/documents/arxius/but_EM_v14_n1_CAST.pdf
4. Gutiérrez-Fernández R, Fernández-Martín J. La seguridad quirúrgica en el marco del Sistema Nacional de Salud de España. Rev CONAMED [Internet]. 2010. [citado 9 de marzo de 2019]; 15 (4): 188-194. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3393439>
5. Y. Agra, E. Terol. La seguridad del paciente: una estrategia del Sistema Nacional de Salud. An. Sist. Sanit. Navar. [Internet]. 2006. [citado 11 de marzo de 2019]; 29 (3): 319-323. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29n3/editorial.pdf>
6. Aranaz Andrés JM^a, Aibar Remón C, Vitaller Burillo J, Ruiz López P. Estudio Nacional Sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo [Internet]. 2006. [citado 12 de mayo de 2019]; Informe 2006: 1-170.

Disponible en:

<https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>

7. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gobierno de España; 2010. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>. [citado 12 de marzo de 2019]
8. Alianza Mundial Para Seguridad del Paciente. *El segundo reto mundial por la seguridad del paciente: La cirugía segura salva vidas*. Organización Mundial de la Salud. Suiza; 2008. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf [citado 13 de marzo de 2019].
9. Pecci Agustino E. Checklist Quirúrgico. Una herramienta para la seguridad del paciente. *Rev. enferm. CyL*. [Internet]. 2013. [citado 14 de marzo de 2019]; 5 (2): 30-42. Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/articloe/view/104/84>
10. Sánchez Martínez A. *Programa de cirugía segura del Sistema Nacional de Salud. Anexo 7. Manual de utilización del LVQ*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid; 2016. Disponible en: <http://www.cirugiasegura.es/ServletDocument?document=30031>. [citado 15 de marzo de 2019]
11. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. *Lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. Manual de aplicación. La cirugía segura salva vidas*. Organización Mundial de la Salud. Suiza; 2008. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70083/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf?sequence=1. [citado 17 de marzo de 2019];

12. Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad SESCAM. Manual de instrucciones para el uso del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica de la OMS. [Internet]. Castilla-La Mancha, 2013. [citado 17 de marzo de 2019]; Disponible en: http://sescam.castillalamancha.es/files/documentos/cursos/manual_de_uso_listado_verificacion_quirurgica-jun13.pdf
13. Organización Mundial de la Salud. *Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (1ª edición). Guía para la adaptación de la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía*. Organización Mundial de la Salud. Suiza; 2008. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/adaptacion_lista-de-verificacion_SP.pdf . [citado 19 de marzo de 2019]
14. Organización Mundial de la Salud. *Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009: la cirugía segura salva vidas*. Organización Mundial de la Salud. Suiza; 2009. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa.pdf;jsessionid=A3D5BE1D0530A63BDB0F60D9A2891F65?sequence=1. [citado 21 de marzo de 2019]
15. Gutierrez LS, Santos JLG, Peiter CC, Menegon FHA, Sebold LF, Erdmann AL. Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. Rev Bras Enferm [Internet]. [citado 30 de marzo de 2019];2018;71(Suppl 6):2775-82. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/0034-7167-reben-71-s6-2775.pdf>
16. Menéndez Fraga MD, Cueva Álvarez MA, Franco Castellanos MR, Fernández Moral V, Castro del Río MP, Arias Pérez JI et al. Cumplimiento del listado de verificación quirúrgica y los eventos quirúrgicos detectados mediante la herramienta del Global Trigger Tool. Rev. Calid.Asist. [Internet]. [citado 5 de abril de 2019];2016;31(S):20-23. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-cumplimiento-del-listado-verificacion-quirurgica->

S1134282X16300343

17. Grau M. Utilidad de los listados de verificación quirúrgica: efecto sobre las relaciones y comunicación en el equipo de trabajo, la morbi-mortalidad y la seguridad del paciente. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2015. [Internet]. Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/seguridad-bloque-quirurgico/Listados_verificacion_quirurgica_AQuAS_2015_RedAgencias_MinisterioSanidad.pdf

18. Lema Tomé M, Cabrerizo Torrente P. El listado de verificación quirúrgico en el paciente pediátrico. ¿Es realmente necesario?. Revista Electrónica AnestesiaR [Internet]. [citado 6 de abril 2019]; 2017; 9(4):2. Disponible en: <https://anestesar.org/2017/listado-verificacion-quirurgico-paciente-pediatrico-realmente-necesario/>

19. Rodrigo-Rincón MI, Tirapu-León B, Zabalza-López P, Martín-Vizcaino MP, Fuente-Calixto A de la, Villalgorido-Ortín P et al. Percepción de los profesionales sobre la utilización del listado de verificación quirúrgica. Rev. Calid. Asist. [Internet]. 2011; [citado 8 de abril de 2019]; 6(6):380-385. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X11000625>

20. Pérez Quispe RM. Percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad y aplicación de la lista de verificación para una cirugía cardiovascular segura en el servicio de centro quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud – 2014. [Internet]. 2015 [citado 23 de abril de 2019]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-871223>


21. Rivero García Ma D, Nolasco González A, Puntunet Bates ML, Cortés Villarreal G. Nivel de cumplimiento y factores que influyen en la

- aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. Revista mexicana de enfermería cardiológica [Internet]. 2012; [citado 11 de abril de 2019]; 20(2): 47-53. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2012/en122b.pdf>
22. Verwey S, Gopalan PD. An investigation of barriers to the use of the World Health Organization Surgical Safety Checklist in theatres. SAMJ. [Internet]. 2018; [citado 22 de abril de 2019]; 108(4):336-341. Disponible en: <http://www.scielo.org.za/pdf/samj/v108n4/23.pdf>
23. Dackiewicz N, Viteritti L, Marcianoc B, Bailezd M, Merinod P, Bortolatod D et al. Lista de verificación de la seguridad de la cirugía: logros y dificultades de su implementación en un hospital pediátrico. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2012; [citado 20 de abril de 2019]; 110(6):503-508. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2012/v110n6a08.pdf>
24. Sánchez-Martínez A, González-Valverde FM, Ruiz-Marin M, Martínez-González P, Canovas-Alcázar E, Sáez Soto AR. Listado de verificación quirúrgica: buscando la implicación de profesionales y pacientes. Actual.Med. [Internet]. 2016; [citado 21 de abril de 2019]; 101(798):79-84. Disponible en: <https://www.actualidadmedica.es/archivo/2016/798/or03.html>
25. Soria-Aledo V, Andre Da Silva Z, Saturno PJ, Grau-Polan M, Carrillo-Alcaraz A. Dificultades en la implantación del checklist en los quirófanos de cirugía. Cir. Esp [Internet]. 2012; [citado 22 de abril de 2019]; 90(3):180-185. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-pdf-S0009739X11004349>
26. Torres B, Nolasco A, Maciá L, Cervera A, Seva A, Barbera C. Seguridad quirúrgica y cumplimentación del registro de información intraquirúrgica en España: Un análisis comparativo de dos instrumentos de registro.

Rev. E. Global [Internet]. 2016; [citado 11 de abril de 2019]; 41:183-194.
Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/206611/188471>

ANEXO I. Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía de la OMS. Disponible en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa_Checklist.pdf?sequence=2



Organización Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente
Una alianza mundial para una atención más segura

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía

Antes de la inducción de la anestesia
(Con el enfermero y el anestesista, como mínimo)

Antes de la incisión cutánea
(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)

Antes de que el paciente salga del quirófano
(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)

¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?

Sí
 No

¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?

Sí
 No

¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?

Sí

¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?

Sí

¿Tiene el paciente...

... Alergias conocidas?

No
 Sí

... Via aérea difícil / riesgo de aspiración?

No
 Sí, y hay materiales y equipos / ayuda disponible

... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?

No
 Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales

Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función

Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento

¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?

Sí
 No

Prevención de eventos críticos

Cirujano:

¿Cuales serán los pasos críticos o no sistematizados?

¿Cuanto durará la operación?

¿Cual es la pérdida de sangre prevista?

Anestesista:

¿Presenta el paciente algún problema específico?

Equipo de enfermería:

¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)?

¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?

¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?

Sí
 No

El enfermero confirma verbalmente:

El nombre del procedimiento

El recuento de instrumentos, gases y agujas

El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)

Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos

Cirujano, anestesista y enfermero:

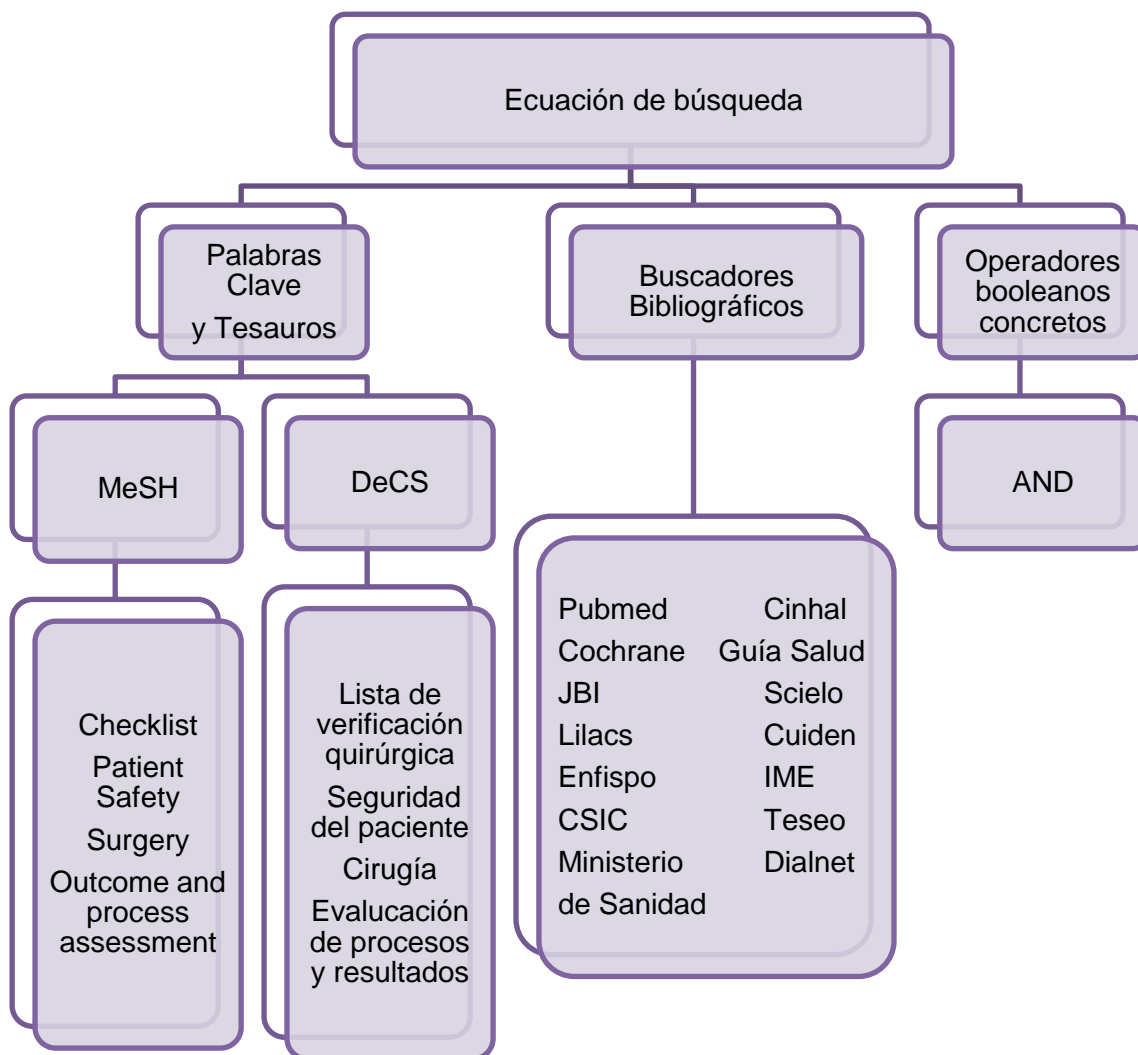
¿Cuales son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?

Revisado 1 / 2009

© OMS, 2009

La presente lista no pretende ser exhaustiva. Se recomienda completarla o modificarla para adaptarla a la práctica local.

ANEXO II. Ecuación de búsqueda



ANEXO III. Resultados con su autor, tipo de estudio, nivel de evidencia y resultados específicos.

TÍTULO DEL ARTÍCULO	AUTORES	ESTUDIO	EVIDENCIA	RESULTADOS ESPECÍFICOS
Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations	Larissa de Siqueira Gutierrez José Luís Guedes dos Santos Caroline Cechinel Peiter Fernando Henrique Antunes Menegol Luciara Fabiane Sebold Alacoque Lorenzini Erdmann	Estudio cuantitativo, descriptivo y exploratorio	Nivel de evidencia: C	Se recogen ocho recomendaciones sobre la seguridad del paciente en quirófano, incluyendo la LVQ.
Seguridad quirúrgica y cumplimentación del registro de información intraquirúrgica en España: Un análisis comparativo de dos instrumentos de registro	Torres B Nolasco A Maciá L Cervera A Seva A Barbera C	Estudio descriptivo	Nivel de evidencia: C	Se comparan dos instrumentos, la hoja circulante de enfermería y la LVQ, que se cumplimentan en un gran porcentaje, aunque en mayor porcentaje la primera.
Lista de verificación de seguridad de la cirugía: logros y dificultades de su implementación en un hospital pediátrico	Nora Dackiewicz Laura Viteritti Beatriz Marciano Marcela Bailez Patricia Merino Diana Bortolato André Jaichenko Rodolfo Seminara Analía Amarilla	Estudio de cohortes	Respuestas afirmativas CASPe:7 Nivel de evidencia: B	Se describe la adherencia de los profesionales a la LVQ y los inconvenientes encontrados. Poco a poco, se incrementa el uso de la LVQ.

TÍTULO DEL ARTÍCULO	AUTORES	ESTUDIO	EVIDENCIA	RESULTADOS ESPECÍFICOS
Cumplimiento del listado de verificación quirúrgica y los eventos quirúrgicos detectados mediante la herramienta del Global Trigger Tool	M.D. Menéndez Fraga M.A. Cueva Álvarez M.R. Franco Castellanos V. Fernández Moral M.P. Castro del Río J.I. Arias Pérez A. Fernández León F. Vázquez Valdés	Estudio descriptivo y retrospectivo	Nivel de evidencia: C	Se revisan historias clínicas y se comprueba la inclusión de la LVQ, está en su mayoría cumplimentada, siendo la menos utilizada la parte de salida.
Nivel de cumplimiento y factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura	Ma. Diana Rivero García Angelina Nolasco González Montserrat Lourdes Puntunet Bates Gabriela Cortés Villarreal	Estudio descriptivo, prospectivo y transversal	Nivel de evidencia: C	Se describe el porcentaje de cumplimentación de la LVQ, siendo la menos cumplimentada la fase de salida.
Percepción del equipo quirúrgico sobre la utilidad y aplicación de la lista de verificación para una cirugía cardiovascular segura en el Servicio de Centro Quirúrgico del Instituto Nacional Cardiovascular de EsSalud - 2014	Rocio Marcelly Perez Quispe	Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal	Nivel de evidencia: C	Se estudia la utilidad que consideran los profesionales que tiene la LVQ, siendo en su mayoría favorable. También se estudia sobre la aplicación de la LVQ.

TÍTULO DEL ARTÍCULO	AUTORES	ESTUDIO	EVIDENCIA	RESULTADOS ESPECÍFICOS
Percepción de los profesionales sobre la utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica	M.I. Rodrigo-Rincón B. Tirapu-León P. Zabalza-López M.P. Martín-Vizcaino A. de La Fuente-Calixto P. Villalgordo-Ortín L. Domench-Manero J. Gost-Garde	Estudio descriptivo y transversal	Nivel de evidencia: C	Se estudia el uso de la LVQ y la utilidad que creen los profesionales que tiene. Se plantean sugerencias, siendo la motivación del personal la más repetida.
An investigation of barriers to the use of the World Health Organization Surgical Safety Checklist in theatres	S Verwey, P D Gopalan	Estudio descriptivo	Nivel de evidencia: C	Se describen las barreras encontradas por los profesionales de la LVQ, destacando principalmente la falta de tiempo y la poca aceptación.
Utilidad de los listados de verificación quirúrgica: efecto sobre las relaciones y comunicación en el equipo de trabajo, la morbi-mortalidad y la seguridad del paciente	María Grau	Revisión bibliográfica sistemática	Respuestas afirmativas CASPe:8 Nivel de evidencia: A	La LVQ muestra una mejoría en cuanto a la seguridad del paciente y mejora la comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico. Sin embargo, se muestra que se deben eliminar barreras.

TÍTULO DEL ARTÍCULO	AUTORES	ESTUDIO	EVIDENCIA	RESULTADOS ESPECÍFICOS
Listado de verificación quirúrgica: buscando la implicación de profesionales y pacientes	Ascension Sanchez-Martinez Fco. Miguel Gonzalez-Valverde Miguel Ruiz-Marin Pilar Martínez-González Esther Canovas-Alcazar Ángeles R. Sáez Soto	Estudio descriptivo	Nivel de evidencia: C	La LVQ ha aumentado su adherencia, su uso y su cumplimentación. A pesar de eso, se encuentran barreras.
Dificultades en la implantación del checklist en los quirófanos de cirugía	Víctor Soria-Aledo ZeNewton Andre Da Silva Pedro J. Saturno Marina Grau-Polan Andrés Carrillo-Alcaraz	Estudio transversal y retrospectivo	Nivel de evidencia: C	La LVQ no se cumplimenta en el 100% de los casos. Tampoco se cumplimentan todos sus ítems de la misma manera.