



Grado en **ENFERMERÍA**

Trabajo Fin de Grado

TÍTULO:

EL USO Y BENEFICIOS DE LA LVQ EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO

Presentado por: CRISTINA LÓPEZ PINAZO

Tutor/es: LUISA FERNANDA TAMAYO ORJUELA

Curso académico: 2023/2024

ÍNDICE

1.LISTADO DE SIMBOLOS Y SIGLAS.....	1
2.RESUMEN GENERAL Y PALABRAS CLAVE	2
3.INTRODUCCIÓN.....	4
4.HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	13
Objetivo general:.....	13
Objetivos específicos:.....	13
5.MATERIAL Y METODOS.....	14
6.RESULTADOS Y DISCUSION.....	19
7.CONCLUSIONES	25
8.BIBLIOGRAFÍA	27

1.LISTADO DE SIMBOLOS Y SIGLAS

LVQ: Lista de Verificación Quirúrgica

QX: Quirófano

EAs: Eventos adversos

OMS-WHO: Organización Mundial de la Salud

APEAS: Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria

ENEAS: Estudio Nacional sobre Efectos Adversos

2. RESUMEN GENERAL Y PALABRAS CLAVE

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se valora la implementación de la Lista de Verificación Quirúrgica (LVQ) de la OMS como una herramienta para mejorar la seguridad antes, durante y después de las intervenciones quirúrgicas. Se detallan las tres fases de la LVQ y se resaltan las premisas esenciales para su efectividad, así como la importancia de la cultura de seguridad del paciente y el trabajo en equipo en la prevención de eventos adversos.

OBJETIVO

Confirmar las ventajas del uso del Listado de Verificación Quirúrgica, el grado de cumplimiento efectivo por parte del personal y las medidas de seguridad que se deben adoptar ante la entrada de un paciente en el área quirúrgica.

METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda en diferentes bases de datos científicas, utilizando los siguientes descriptores: Listado de verificación quirúrgica, Ámbito quirúrgico, Eventos Adversos, Seguridad del Paciente, Cirugía segura.

RESULTADOS

Se destaca la eficacia comprobada de las LVQ para reducir la incidencia de errores y complicaciones durante las cirugías.

Se subraya la importancia del liderazgo, la comunicación efectiva y el trabajo en equipo en la implementación exitosa de estas listas. Además, algunos estudios muestran que la capacitación y la educación pueden mejorar la adhesión al LVQ y la cultura de seguridad en el equipo quirúrgico.

CONCLUSIONES

Se subraya la necesidad de medidas preventivas para que las listas de verificación sean más efectivas. Aunque existen barreras en la implementación, se concluye que las listas de verificación son fundamentales para mejorar la seguridad del paciente y deben ser parte integral de la formación del personal sanitario.

Palabras clave: Listado de verificación quirúrgica, Ámbito quirúrgico, Eventos Adversos, Seguridad del Paciente, Cirugía segura.

ABSTRACT

INTRODUCTION

This paper assesses the implementation of the WHO Surgical Checklist (LVQ) as a tool to improve safety before, during, and after surgical interventions. The three phases of LVQ are detailed and the essential premises for its effectiveness are highlighted, as well as the importance of patient safety culture and teamwork in the prevention of adverse events.

OBJECTIVE

Confirm the advantages of using the Surgical Checklist, the degree of effective compliance by the staff, and the safety measures that must be adopted upon the entry of a patient into the surgical area.

METHODOLOGY

To carry out this work, a search has been carried out in different scientific databases, using the following descriptors: Surgical Checklist, Surgical Setting, Adverse Events, Patient Safety, Safe Surgery.

RESULTS

The proven efficacy of LVQs in reducing the incidence of errors and complications during surgeries is highlighted.

The importance of leadership, effective communication, and teamwork in the successful implementation of these lists is underlined. In addition, some studies show that training and education can improve adherence to LVQ and safety culture in the surgical team.

CONCLUSIONS

The need for preventive measures to make checklists more effective is underlined. Although there are barriers to implementation, it is concluded that checklists are critical to improving patient safety and should be an integral part of healthcare staff training.

Keywords: *Surgical Checklist, Surgical Setting, Adverse Events, Patient Safety, Safe Surgery.*

3. INTRODUCCIÓN

El Informe del Ministerio de Sanidad sobre el Sistema Nacional de Salud de 2022, indica que, se realizaron 3,7 millones de intervenciones quirúrgicas y el 47% de la cirugía mayor, se realizó de forma ambulatoria (1)

El Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ENEAS 2006 (2), indica que entre los casos 5.624 pacientes analizados, en referencia a la causalidad, se produjeron 171 efectos adversos (EAs) durante un procedimiento, de los cuales 95 (55,6%) ocurrieron durante la intervención quirúrgica, 7 (4,1%) durante un procedimiento endoscópico, 7 (4,1%) en la administración de la anestesia, 5 (2,9%) durante un cateterismo, 5 (2,9%) en la realización de un cateterismo vesical, 4 (2,3%) durante la toma de una biopsia, 3 (1,7%) en el drenaje de fluidos de cavidades corporales, 2 (1,2%) en la toma de una vía intravenosa, 1 (0,6%) en la manipulación de una fractura, 1 (0,6%) en radiología intervencionista, 1 (0,6%) en la inserción de una sonda nasogástrica, 35 (20,3%) otros procedimientos y 5 (2,9%) no identificados.

Los efectos adversos se pueden definir como el daño o lesión causado a un paciente como consecuencia de la asistencia médica y quirúrgica, que no está directamente condicionado por la enfermedad que padece o enfermedad de base.

Según los datos del Estudio ENEAS, en España, el 10,5% de los EAs ocurren en los servicios de cirugía general y un 3% en cirugía mayor ambulatoria. El 42,6% se considera que son evitables.

Los equívocos en la identificación del paciente, la localización del sitio quirúrgico equivocado, la falta del equipamiento necesario para el desarrollo del proceso quirúrgico, la utilización de material quirúrgico no estéril, los errores en la inducción anestésica, las hemorragias superiores a las previstas, el cierre de la herida quirúrgica sin haber retirado todos los accesorios quirúrgicos utilizados del interior de los pacientes (p.ej. gasas, esponjas, etc.), son algunos de los efectos adversos que pueden implicar graves consecuencias en el paciente.

Por otro lado, en el año 2008 en el ámbito de la Atención Primaria, el estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria (APEAS) estimó que un estudio de prevalencia realizado sobre una muestra de oportunidad de 48 centros de atención primaria de 16 comunidades autónomas en el que participaron 452 profesionales, se estudiaron los 96.047 pacientes que acudieron a la consulta durante las dos semanas del mes de junio de 2007. La mayoría de eventos adversos (64.3%) se consideraron prevenibles y solo el 5,9% fueron graves, la mayoría relacionados con la medicación. (3)

El estudio APEAS sirvió para poner de manifiesto que, aunque la frecuencia de los eventos adversos en el primer nivel asistencial era baja y de escasa gravedad, su etiología multifactorial, la elevada probabilidad de prevención y la elevada frecuentación existente justifican emprender acciones dirigidas a mejorar la seguridad del paciente en este nivel asistencial.

Por su parte, el informe de la OMS WHO/IER/PSP/2008, calcula que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor, y al menos 7 millones de pacientes se ven afectados por complicaciones quirúrgicas cada año, de los que como mínimo 1 millón fallecen durante la operación o inmediatamente después. En los países industrializados, entre el 3 y 16% de los procedimientos quirúrgicos realizados que requirieron hospitalización, presentaron complicaciones importantes que generaron discapacidad permanente o tasas de mortalidad de 0.4 a 0.8% de los casos, y de 0.5 a 5% en cirugías mayores.

Actualmente, la seguridad del paciente durante la atención y tratamiento médico o quirúrgico, además de ser un imperativo ético y moral basado en el principio de atención médica «Ante todo, no hacer daño», se instaura con una relevancia prioritaria, para garantizar la necesaria atención sanitaria de calidad y en las mejores condiciones, sin que se vea complicada por eventos adversos ocurridos durante el proceso de la atención, tal y como se establece en el Plan de Acción Mundial en pro de la Seguridad del Paciente 2021-2030, elaborado por la OMS. (4)

Los efectos no deseados secundarios en la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. La razón fundamental es la creciente complejidad del manejo de los pacientes, en el que interactúan factores organizativos, factores personales de los profesionales y factores relacionados con la enfermedad.

Las áreas quirúrgicas, son una de las zonas más complejas de cualquier centro hospitalario debido al propio acto quirúrgico que se realiza, la adopción de medidas y acciones inmediatas ante situaciones que pueden surgir de forma inesperada, la intercomunicación entre un equipo multidisciplinar de profesionales, la rutina de los procedimientos o la misma presión asistencial, pero cualquier perturbación de estas, puede ser determinante en la aparición de eventos adversos en el paciente.

La implementación de nuevas técnicas quirúrgicas y el creciente uso de sofisticados equipos en los quirófanos facilitan que las intervenciones se puedan llevar a cabo con mayor precisión y seguridad. No obstante, aún a pesar de todas esas novedades tecnológicas y la constante actualización de los procedimientos, todo acto quirúrgico conlleva un cierto grado de riesgo.

La seguridad del paciente es un componente clave de la calidad asistencial. Pero para implantar medidas dirigidas a la seguridad del paciente, previamente es necesario promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los propios profesionales, desarrollando acciones informativas y formativas, haciéndoles plenos partícipes de su utilidad y teniéndoles en cuenta a la hora del diseño y de la implantación de estas políticas, posicionando la seguridad en las actuaciones sanitarias como un objetivo común a perseguir.

A juicio de la OMS, la cultura de seguridad del paciente es un requisito “previo e indispensable” a la hora de fortalecer los sistemas de atención sanitaria y lograr una cobertura sanitaria universal efectiva.

Los daños que se pueden ocasionar a los pacientes en el ámbito sanitario y el coste que suponen a los sistemas sanitarios son de tal relevancia, que las principales organizaciones de salud como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Pan Americana de la Salud, el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, así como diversas agencias y organismos internacionales, han desarrollado estrategias en los últimos años dirigidas a proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica.

Con el objetivo de perfeccionar la seguridad en los actos quirúrgicos, en 2008, la OMS dentro del marco de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, puso en marcha el programa “La Cirugía Segura Salva Vidas” (Safe Surgery Saves Lives), (5) creando un checklist o lista de verificación quirúrgica (LVQ) como la herramienta práctica de rápida y fácil comprobación de la seguridad de la cirugía, que contribuya a mejorar la seguridad antes, durante y después de los procedimientos quirúrgicos, prevenga los posibles errores médicos, minore la presentación de complicaciones, reduzca la aparición de eventos adversos y de muertes quirúrgicas evitables, y disminuya los costes sanitarios generados por la aparición de los mismos, que pueden poner en peligro la salud y la vida del paciente. (Figura 1)

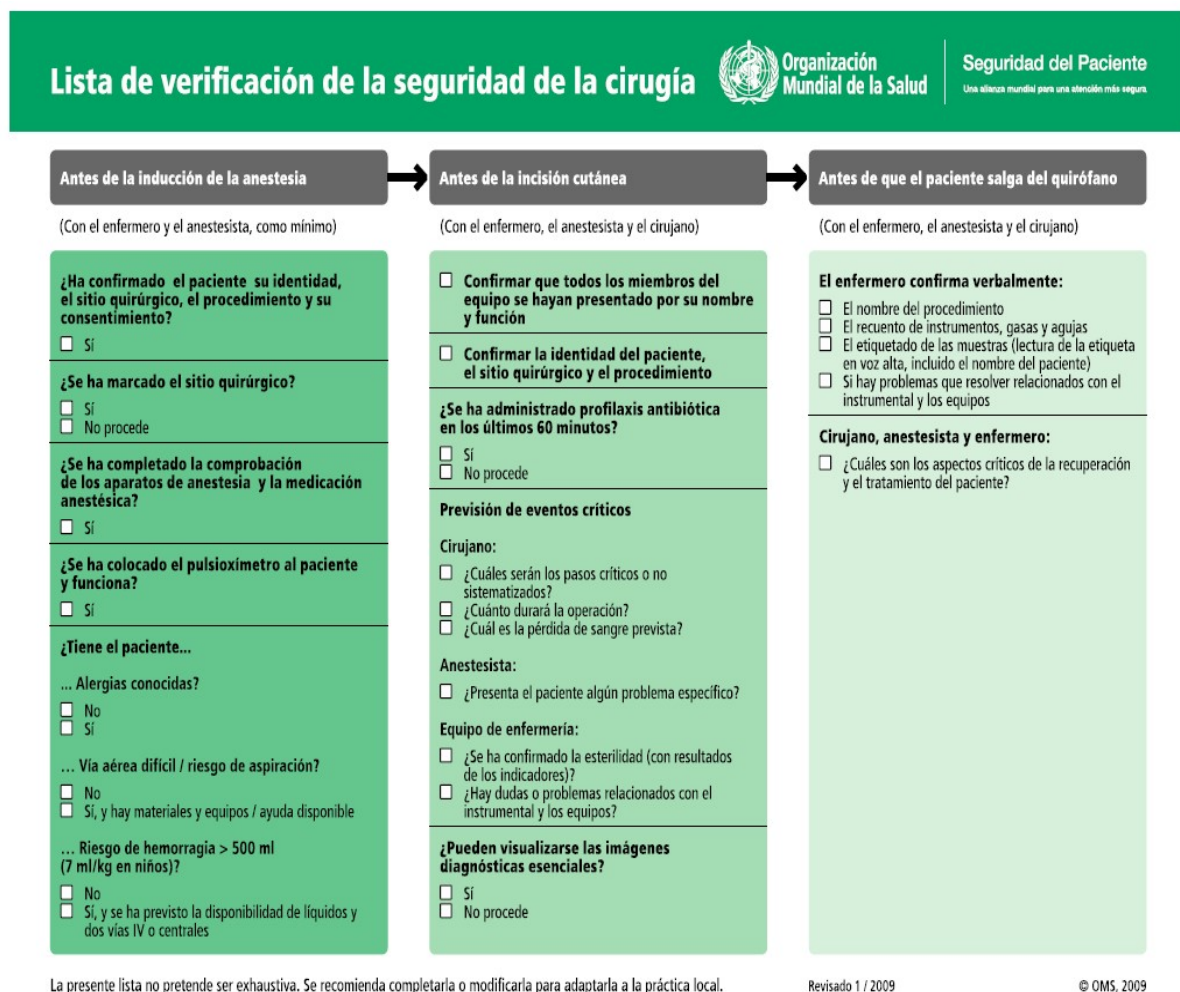


Figura 1. Lista de verificación de la seguridad de la cirugía

La LVQ editada por la OMS, no es un documento exhaustivo y completo, de utilización exclusiva en las áreas quirúrgicas. Se permite su modificación, para que los centros sanitarios puedan incluir nuevos ítems de seguridad adicionales, pudiendo ser actualizada o adaptada a las necesidades y a los procesos asistenciales propios de la actividad quirúrgica y de otros servicios o áreas concretas de actuación médica en el que se implante. (6)

La modificación de la LVQ se ha de acometer con una actitud crítica, y en su confección deben participar cirujanos, anestelistas y enfermeros, debiendo someterse a prueba en situaciones simuladas y reales con el fin de garantizar la adecuación y funcionalidad del checklist. Pero, en cualquier caso, la modificación deberá respetar, entre otras, las siguientes premisas esenciales:

- Limitada: La LVQ debe ser escueta y debe concentrarse en las cuestiones más críticas, manteniendo entre cinco y un máximo de nueve puntos de control, en cada uno de los tres apartados o fases de la Lista.
- Breve: La verificación de cada apartado de la LVQ no debe llevar más de un minuto.
- Verbal: La función esencial de la LVQ es promover una interacción verbal entre los miembros del equipo que van a intervenir en el acto de la cirugía, repasando todos y cada uno de sus puntos o ítems, con el conjunto de personas del equipo que estén presentes.
- Ejecutable: Cada elemento de la LVQ debe estar vinculado a una acción concreta y con palabras o términos que tengan un mismo significado o definición, para la comprensión de lo dicho por parte de todo el equipo presente, evitando así errores de interpretación.

En todo acto quirúrgico, interviene un grupo interdisciplinar de profesionales cuyo número de integrantes será mayor o menor, en función de la intervención quirúrgica a practicar. No obstante, sólo una de estas personas debe estar encargada de cumplimentar la LVQ, y de forma habitual lo asume el enfermero o enfermera circulante, aunque el papel de “coordinador de la LVQ” también puede ser asumida por cualquier otro profesional sanitario que actúe o participe en la intervención.

El contenido de la Lista de Verificación Quirúrgica, divide el proceso normal de la intervención quirúrgica en tres fases diferenciadas, que se corresponden a los tres momentos concretos (antes, durante y después) del desarrollo de un acto quirúrgico (5) (6)

La **PRIMERA FASE** de la LVQ, realizada “**Antes de la inducción anestésica**” o “**Sign-in**”, se ejecuta al menos, en presencia del anestesta y del personal de enfermería. La persona actuante como coordinador, verificará y confirmará con el anestesta (y con el propio paciente, si este está despierto) las siguientes comprobaciones:

- El coordinador confirmará verbalmente la identidad de la persona que se ha de intervenir, el procedimiento que se ha de realizar, y verificará que se dispone del consentimiento informado para el procedimiento de la anestesia y de la cirugía.

- Si el paciente no pudiera confirmar estos datos, como por ejemplo en el caso de niños o pacientes incapacitados, puede asumir esta función un familiar o tutor. En caso de que no esté presente el tutor o un familiar y se omita este paso, por ejemplo, en una emergencia, se dejará sin marcar la casilla correspondiente.
- El coordinador de la lista debe confirmar que el cirujano que va a realizar la operación ha marcado el sitio quirúrgico (por lo general con un rotulador) en los casos que impliquen lateralidad (distinción entre izquierda y derecha) o múltiples estructuras o niveles (p. ej. un dedo, una lesión cutánea o una vértebra en concreto). En el caso de las estructuras mediales (como el tiroides) o únicas (como el bazo), la delimitación del sitio dependerá de la práctica local.
- Aunque pueda parecer repetitivo, este punto es esencial para garantizar que no se opera a la persona equivocada o el lugar anatómico equivocado ni se realiza una intervención equivocada.
- El coordinador pedirá al anestesista que confirme que se ha realizado un control de la seguridad de la anestesia, entendido como una inspección formal del instrumental anestésico, de la medicación y del riesgo anestésico del paciente antes de cada intervención. Además de confirmar que el paciente es apto para someterse a la operación, el equipo de anestesia debe inspeccionar el equipo de intubación y aspiración de la vía aérea, el sistema de ventilación (incluidos el oxígeno y los fármacos inhalados), la succión y los fármacos, dispositivos y equipos de urgencia para cerciorarse que todo esté disponible y en buenas condiciones de funcionamiento.
- Se comprobará que al paciente se le ha colocado el pulsioxímetro y que este funciona bien. Lo ideal es que la lectura del dispositivo sea visible para el equipo quirúrgico. A ser posible, debe utilizarse un sistema de señal sonora que alerte del pulso y la saturación de oxígeno.
- El coordinador de la lista dirigirá esta pregunta al anestesista. Primero, le preguntará si el paciente tiene alergias conocidas y, si es así, cuáles. La pregunta ha de formularse, aunque este ya conozca la respuesta, para confirmar así, que el anestesista es consciente de la existencia de alergias que supongan un riesgo para el paciente. Sólo entonces se marcará la casilla correspondiente. Si el coordinador tiene conocimiento de alguna alergia que el anestesista desconozca, debe comunicarle esa información.
- El coordinador confirmará verbalmente que el equipo de anestesia ha valorado de forma objetiva si el paciente presenta algún problema en la vía aérea que pueda dificultar la intubación. Se inspeccionará si hay permeabilidad o existe dificultad en el acceso a la vía aérea del paciente o si puede presentar riesgo de aspiración durante la intervención, y en caso afirmativo, comprobar la disponibilidad y buen funcionamiento de los equipos, medicación e instrumental necesarios para intubar, aspirar, etc.

- Si la evaluación indica alto riesgo de dificultad en la vía aérea, ha de preverse la ayuda necesaria, ajustar el abordaje de la anestesia (p.ej. una anestesia regional, si es posible), la preparación de un equipo de emergencia, un ayudante preparado y físicamente presente para ayudar en la inducción de la anestesia en tales casos.
- El coordinador le preguntará al equipo de anestesia si durante la intervención, el paciente corre el riesgo de sufrir una hemorragia mayor de 500 ml o 7 ml/Kg en el caso de niños y, en caso afirmativo, se preverán dos accesos venosos de gran calibre o vías centrales, y la disponibilidad de sangre y fluidos de reposición adecuados, en la proporción necesaria.

La **SEGUNDA FASE** de la LVQ, realizada "**Antes de la incisión cutánea**" o "**Time-Out**", es una pausa momentánea de todo el equipo justo antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles de seguridad esenciales, y se ejecuta con la presencia del anestesista, cirujano, personal de enfermería y resto de personal presente.

- El coordinador pedirá a cada una de las personas presentes en el quirófano que se presente por su nombre y función. Los equipos que ya se conozcan pueden confirmar que todos se conocen, pero los nuevos miembros deben presentarse personalmente. La gestión eficaz de situaciones de alto riesgo requiere que todos los miembros del equipo sepan quién es cada uno y cuál es su función y capacidad
- Antes de iniciar la incisión, el coordinador solicitará al cirujano, anestesista y enfermero, que confirmen verbalmente el nombre del paciente, la cirugía a realizar, la localización de zona anatómica y, si procede, la posición del paciente a fin de evitar intervenir a un paciente equivocado o en una localización errónea. Este momento se corresponde con la "Pausa quirúrgica" convencional.
- El coordinador preguntará en voz alta si se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos para reducir el riesgo de infección quirúrgica. Si no se considera apropiado realizar profilaxis antibiótica, se marcará la casilla "No procede". En el supuesto de que, si se estimase necesaria y la profilaxis antibiótica no se hubiese administrado, debería administrarse en ese momento, y antes de la incisión. Si la profilaxis antibiótica se administró hace más de 60 minutos, el equipo puede decidir si repite o no la dosis.
- En esa pausa quirúrgica, el coordinador se dirigirá al equipo preguntando en voz alta las consideraciones acerca de los peligros críticos y de planes de la intervención, específicos de cada miembro del equipo:

El cirujano, informará al resto sobre los pasos críticos o cualquier evento que pueda poner en riesgo al paciente, por una pérdida rápida de sangre, lesión u otra morbilidad seria, la duración estimada de la intervención y si en algún caso, se ha de requerir algún equipo especial. Durante los procedimientos de rutina o aquellos que resultan familiares para

todo el equipo, el cirujano simplemente expone, por ejemplo, “Este es un caso de rutina de menos de una hora de duración”, y luego pregunta al anestesista y a la enfermera si tienen alguna preocupación o consideración especial.

El anestesista revisará si el paciente presenta algún problema específico que durante el procedimiento pueda entrañar riesgo de hemorragia intensa, inestabilidad hemodinámica u otra morbilidad importante, un miembro del equipo de anestesia debe revisar en voz alta los planes y problemas específicos de la reanimación —especialmente, la intención de utilizar hemoderivados — y cualquier característica o comorbilidad del paciente (como enfermedades cardíacas o pulmonares, arritmias, hemopatías, etc.) que complique la situación. Si la intervención no entraña riesgos o problemas particularmente críticos que deban ser compartidos con el equipo, el anestesista puede decir simplemente: “Este caso no presenta problemas especiales”.

El enfermero instrumentista, que prepara el instrumental y el equipo necesarios para la operación, debe confirmar verbalmente que se han esterilizado y que, en el caso del instrumental esterilizado por calor, se han verificado los tests de esterilidad. Cualquier discrepancia entre los resultados esperados y los resultados reales de los indicadores de esterilidad deberá comunicarse a los miembros del equipo y solucionarse antes de la incisión. Si no hay problema alguno, el instrumentista dirá sencillamente: “Esterilidad comprobada. Ninguna duda al respecto.”

- Por último, durante la “pausa quirúrgica”, el coordinador de la lista preguntará al cirujano si el caso requiere algún estudio de imagen, que son necesarias sobre todo en como los procedimientos ortopédicos, medulares y torácicos o muchas resecciones de tumores. De ser así, el Coordinador confirmará verbalmente que dichas imágenes están en el quirófano y en lugar bien visible para que puedan utilizarse durante la operación. Si se necesitan imágenes, pero no se dispone de ellas, deben conseguirse. El cirujano será quien decida si opera o no sin el apoyo de esas imágenes cuando sean necesarias, pero no estén disponibles; si se decide a operar, la casilla se dejará sin marcar. Si no se necesitan imágenes se marcará la casilla “no procede”.
- Otras Verificaciones: Las medidas adicionales podrían incluir confirmación de la profilaxis de trombosis venosa utilizando medios mecánicos, como balones y medias de compresión secuencial, y/o fármacos, como la heparina cuando estén indicadas; la disponibilidad de los implantes esenciales (como una malla o una prótesis); y la revisión de los resultados de una biopsia preoperatoria, resultados de laboratorio, o tipo de sangre.

La **TERCERA FASE** de la LVQ, realizada “**Antes de que el paciente salga del quirófano**” o “**Sign-Out**”, con el objetivo de facilitar el traspaso de información importante a los equipos de atención responsables del paciente tras la operación. Los controles puede iniciarlos el enfermero

circulante, el cirujano o el anestesista y han de llevarse a término antes de que el cirujano salga del quirófano. Pueden simultanearse, por ejemplo, con el cierre de la herida.

- Dado que el procedimiento puede haberse modificado o ampliado en el curso de la operación, el Coordinador de la lista confirmará con el cirujano y el resto del equipo el procedimiento exacto que se haya realizado. Puede hacerse a modo de pregunta: “¿Qué procedimiento se ha realizado?” o de confirmación: “Hemos llevado a cabo la intervención X, ¿no es así?”.
- El enfermero circulante o el instrumentista deberán confirmar verbalmente la exactitud del recuento final de gases y agujas. En caso de que se haya abierto una cavidad también deberá confirmarse el recuento exacto del instrumental. Si los recuentos no concuerdan, se alertará al equipo para que se puedan tomar las medidas adecuadas (como examinar los paños quirúrgicos, la basura y la propia herida o, si fuera necesario, obtener imágenes radiográficas para comprobar si lo extraviado, aún permanece en el interior del cuerpo del paciente).
- El enfermero circulante confirmará mediante la lectura en voz alta el nombre del paciente, la descripción de la muestra y cualquier detalle orientativo, para verificar el correcto etiquetado de toda muestra anatomopatológica obtenida durante la intervención. También comunicará en voz alta, cualquier otro evento intraoperatorio importante o plan de recuperación que no haya sido discutido con otros miembros del equipo (problemas con el drenaje si hubiera, fluidos de sondas o permeabilidad de las vías, apósitos, tracciones, medicación).
- El Coordinador de la lista debe cerciorarse de que se identifiquen todos los problemas relacionados con el instrumental y los equipos que hayan surgido durante la intervención, para evitar que se vuelvan a utilizar antes de solucionar el problema y garantizar su uso en buenas condiciones.
- El cirujano, el anestesista y el enfermero revisarán el plan de tratamiento y recuperación posoperatorio, centrándose en particular en las cuestiones intraoperatorias o anestésicas que pudieran afectar al paciente. Tienen especial importancia aquellos eventos que presenten un riesgo específico para el paciente durante la recuperación y que quizás no sean evidentes para todos los interesados. La finalidad de esta medida es transmitir información fundamental de forma eficiente y adecuada a la totalidad del equipo.

Con estas últimas medidas adoptadas en la Tercera Fase, se completa la Lista de Verificación Quirúrgica, y este documento será firmado por el cirujano, anestesista y enfermero, como una muestra de compromiso de todo el equipo que ha participado, con la seguridad del paciente.

La LVQ debe disponer de un apartado de observaciones y resolución de conflictos, donde se pueden exponer posibles informaciones o discrepancias que, aún no afectando a la seguridad del paciente, deban ser tenidas en cuenta.

Si se desea, se puede añadir la lista a la historia del paciente, para su público conocimiento de todos los profesionales implicados en el postoperatorio del paciente, o bien, archivarla para fines de control de la calidad.

La utilización de la LVQ debe ser una práctica habitual para la mejora de la seguridad de los pacientes quirúrgicos siendo un instrumento para el desarrollo de la cultura de la seguridad, del trabajo en equipo y de la comunicación entre sus miembros.

4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

La Lista de Verificación Quirúrgica es una medida esencial de seguridad en el proceso quirúrgico, constituyendo una herramienta de Seguridad del Paciente conocida, validada, efectiva y eficiente, con cuya implantación se pueda mejorar la seguridad del acto quirúrgico reduciendo las complicaciones y efectos secundarios sobre los pacientes y disminuyendo la posibilidad de errores de los profesionales.

Objetivo general:

Determinar las ventajas del uso del Listado de Verificación Quirúrgica, el grado de cumplimiento efectivo por parte del personal e identificar las causas que impiden o dificultan el correcto cumplimiento.

Objetivos específicos:

1. Evaluar la efectividad y determinar la eficacia del checklist en la reducción de errores, complicaciones quirúrgicas y mejora de la seguridad del paciente.
2. Analizar cómo se ha implementado el checklist en diferentes entornos quirúrgicos, considerando variaciones en su uso, aceptación por parte del personal médico y desafíos en la adopción.
3. Identificar las mejores prácticas para la aplicación efectiva del checklist en quirófanos, incluyendo estrategias para superar barreras y mejorar la adherencia.
4. Determinar otros posibles impactos del checklist en áreas como la eficiencia quirúrgica, la satisfacción del personal y la cultura de seguridad en el entorno hospitalario.
5. Analizar recomendaciones para la mejora continua en la implementación y el uso del checklist en entornos quirúrgicos.
6. Analizar la percepción y actitudes del personal de enfermería hacia la lista de verificación de seguridad, para comprender cómo perciben los profesionales de enfermería la utilidad y la eficacia de la lista de verificación de seguridad en su práctica diaria
7. Identificar los obstáculos que enfrenta el personal médico y sanitario al utilizar LVQ, así como los factores que promueven su cumplimiento y aplicación adecuada.

5.MATERIAL Y METODOS

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos y otros documentos (Protocolos y Guías) relacionados con la aplicación de la Lista de Verificación Quirúrgica y su efecto sobre la disminución de los eventos adversos, su nivel de cumplimiento por los profesionales sanitarios y los obstáculos que pueden dificultar su observancia.

En los meses de diciembre y enero (2023-2024), se ha llevado a cabo una búsqueda en diferentes bases de datos científicas: Scielo, Elsevier, Medline, Dialnet, Cochrane Plus, ClinicalKey, PubMed, a través de diversos buscadores de Universidades españolas y Google Académico, además de la consulta en diversos portales de organismos de carácter institucional y autonómico de la sanidad pública así como otros artículos y revistas científicas de diversos colegios, sociedades o asociaciones profesionales médicas o de enfermería.

Los palabras clave más utilizadas fueron: Listado de verificación quirúrgica, Ámbito quirúrgico, Eventos Adversos, Seguridad del Paciente, Cirugía segura.

Se seleccionaron los artículos según su título y su resumen, excluyendo aquellos que no respetasen los criterios de inclusión. La cobertura geográfica fue en su mayor parte nacional, y en lenguaje castellano, considerando esencial que el artículo incluyese la palabra lista de verificación de seguridad quirúrgica en cualquiera de sus apartados, y que abordaran el proceso de implementación de la LVQ propuesta por la OMS, en la práctica de los servicios públicos de salud.

También se realizó una ampliación de búsqueda a otros campos de especialidades quirúrgicas, incluyendo artículos específicos del uso de la lista de verificación en los quirófanos de pediatría y urología, en los que se incluye el checklist modificado para la cirugía en esas áreas.

Con la finalidad de identificar los análisis y estudios más relevantes sobre el tema, inicialmente se encontraron un total de 103 artículos, de los que 79 artículos y textos fueron obtenidos en bases de datos y 24 lo fueron por una búsqueda manual (Figura 1).

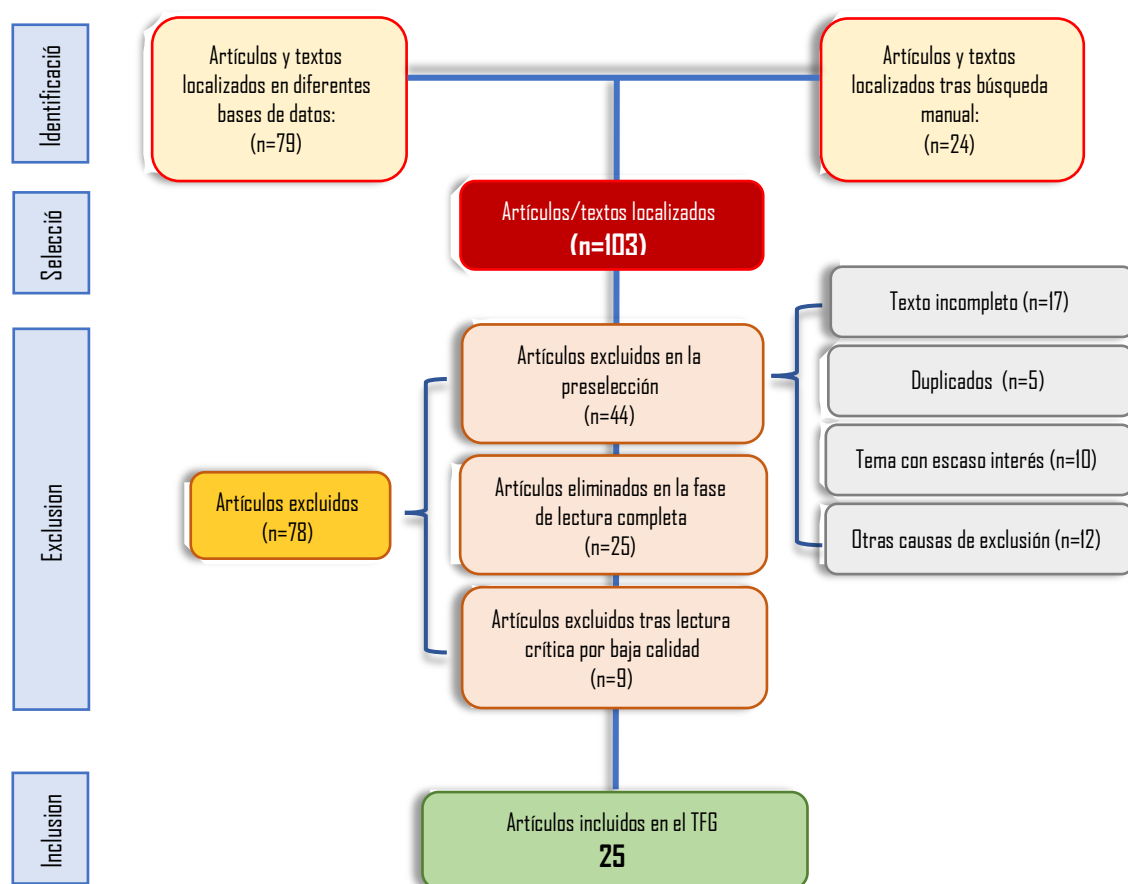
Tras la oportuna revisión del título y resumen de los mismos, se seleccionaron un total de 25 artículos, después de aplicar los siguientes criterios de exclusión e inclusión:

- Criterios de Exclusión: Inicialmente, fueron excluidos 78 artículos, de los cuales 44 fueron descartados en la fase de preselección, por su escaso interés con el tema, por ser publicaciones duplicadas obtenidas en diversas fuentes de búsqueda, por no disponer de un texto completo o no estar relacionadas con la LVQ de la OMS, y que eran artículos de pago previo para su obtención.

Otros 25 fueron eliminados en la fase de lectura completa y otros 9 fueron excluidos tras una lectura crítica, por su escasa calidad del contenido del mismo.

- Criterios de Inclusión: Fueron admitidos como válidos para este trabajo los artículos con inclusión de las palabras clave antes mencionadas, artículos publicados en idioma español, con referencia a pacientes humanos, conteniendo texto completo, sin límite temporal desde la aparición de la LVQ de la OMS y hasta nuestros días.

Se acompaña flujograma del proceso de selección de la documentación adaptado al Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA), (Figura 2).



“Fuente: Elaboración propia”

Figura 2. Diagrama de flujo de búsqueda bibliográfica

Este trabajo, ha sido elaborado con los documentos y artículos extraídos en la fase de inclusión que se muestra en la siguiente tabla (Tabla 1), y que han sido ordenados según el tipo de documento analizado o naturaleza del estudio, año de publicación, autores, fuente de publicación, calidad del artículo utilizando los niveles de evidencia científica y grados de recomendación de SIGN (26) e información más relevante extraída de los artículos.

Tres de los artículos estudiados presentan un grado de recomendación 2++B cuyo nivel de evidencia es una revisión sistemática de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles, el grado de recomendación B indica que es directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran concordancia entre ellos (2,8,9); Once artículos con un grado 2+C cuyo nivel de evidencia son estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal, el grado de recomendación C, indica que es un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos (3,16,20,17,12,13,15,18,19,24,25); Dos artículos con un grado de recomendación 2+D cuyo nivel de evidencia son unos estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal y su grado de recomendación D indica una evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+ (11,21); Cuatro artículos con un grado de recomendación 3D que indican estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos, con su grado de recomendación D que indica evidencia científica de nivel 3 o 4 (10,23,14,22); Y por último cinco estudios 4D que su nivel de evidencia es una opinión de expertos y su grado de recomendación D indica una evidencia científica de nivel 3 o 4 (5,6,7,1,4) (26)

Tabla 1. Relación de documentos y artículos utilizados para este trabajo

Autor	Año	Calidad	Documento	Título	Información extraída
Ministerio de Sanidad Consumo	2005	2++B	Estudio	Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización ENEAS 2005 (2)	Datos sobre la aparición de efectos adversos sobre una cohorte de pacientes
Rebasa, et al. Rvta. Cirugía Española	2011	2++B	Estudio prospectivo	Efectos adversos en cirugía general. Análisis prospectivo de 13.950 pacientes consecutivos (8)	Datos obtenidos de una amplia cohorte de pacientes y determinación de efectos adversos y errores en la práctica asistencial
Soria Aledo, et al Rvta. JHQR Fundac. Esp. Calidad Asistencial	2019	2++B	Estudio observacional	Del check list a la cirugía segura (9)	La utilización de la LVQ como medio para mejorar el trabajo en equipo y la comunicación del personal
Ministerio de Sanidad Consumo	2008	2+C	Estudio	Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud 2008 (3)	Datos de una cohorte de pacientes donde la mayoría de los efectos adversos aparecidos, se consideraron prevenibles
Rodrigo-Rincón, et al. Rvta Soc. Española de Calidad Asistencial	2011	2+C	Estudio transversal	Percepción de los profesionales sobre la utilización y utilidad del listado de verificación quirúrgica (16)	Niveles de percepción del personal sobre el grado de utilización y la utilidad del LVQ en el quirófano
Narbona Toledo, et al. Rvta Enfermería Docente	2011	2+C	Estudio descriptivo	Listado de verificación seguridad quirúrgica (check-list): una necesidad aún no conocida por la enfermería (20)	Detección de necesidades formativas del personal de enfermería y la utilización del LVQ
Papín Cano, et al. Rvta. Index Formación	2015	2+C	Estudio descriptivo y transversal	Percepción de los profesionales quirúrgicos del Hospital San Agustín sobre la utilización del listado de verificación quirúrgica (17)	Datos sobre el cumplimiento y utilidad del LVQ, antes y después de su implantación
Estepa del Árbol, et al Rvta Enfermería Nefrológica	2016	2+C	Estudio de revisión	Eficacia de los programas de seguridad del paciente (12)	Se observa la reducción de la morbimortalidad tras la implantación del LVQ
Menéndez Fraga, et al Rvta Soc. Española de Calidad Asistencial	2016	2+C	Estudio retrospectivo	Cumplimiento del listado de verificación quirúrgica y los eventos quirúrgicos detectados (13)	La implantación del LVQ ha supuesto el aumento de la seguridad de los pacientes en el quirófano
Arriaga-Redondo, et al. Rvta. Anales de Pediatria	2017	2+C	Estudio prospectivo	Mejorando la seguridad del paciente; utilidad de las listas de verificación de seguridad en una unidad neonatal (15)	El LVQ demostró ser especialmente útil para detectar y prevenir efectos adversos, siendo valorado positivamente por el personal
Concha-Torre, et al Rvta. Anales de Pediatria	2020	2+C	Estudio descriptivo	Las listas de verificación; ¿Una ayuda o una molestia? (18)	Las actitudes del personal, el diseño deficiente, la formación inadecuada, las barreras culturales, constituyen barreras para la implantación del LVQ
Russo, et al Rvta. de Enfermería	2021	2+C	Estudio descriptivo y transversal	Evaluación del conocimiento de los profesionales sanitarios de quirófano sobre el listado de verificación quirúrgica en el área sanitaria de Ferrol. (19)	La calidad en el ámbito quirúrgico y el uso del LVQ pueden garantizar la máxima seguridad para pacientes y profesionales
Domingo, et al Rvta. Journal of Healthcare Quality Research	2022	2+C	Estudio transversal	Percepciones del personal de enfermería, cirugía y anestesia sobre el uso y beneficios del listado de verificación quirúrgica en un hospital universitario (24)	El personal de enfermería se percibe como el grupo de mayor apoyo en el uso del LVQ siendo especialmente crítico con su cumplimiento
Alva-García, et al Rvta. Salud y Educación-Boletín Científico ICS	2022	2+C	Estudio descriptivo transversal	El impacto del llenado de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía por parte del personal de enfermería y prevención de errores en el área de quirófano (25)	Se identifica que la participación del personal de enfermería en el llenado del LVQ es indispensable para que el equipo quirúrgico no cometa errores
López-Gavito, et al. Rvta. Cirujano General	2016	2+D	Estudio de cohortes	La implementación de la lista de verificación para una cirugía segura y su impacto en la morbimortalidad (11)	De los datos del estudio se observa una reducción significativa de las complicaciones tras implantar la LVQ
Sánchez-Martínez, et al Rvta. Actualidad Médica	2016	2+D	Estudio prospectivo	Listado de verificación quirúrgica; buscando la implicación de profesionales y pacientes (21)	Para la optimización del uso del LVQ se requieren intervenciones educativas y de concienciación de los profesionales sobre la seguridad del paciente
Luis Grande Rvta. Cirugía Española	2009	3D	Estudio descriptivo	Mejorar la seguridad en el quirófano reduce la mortalidad hospitalaria (10)	Compromiso de los integrantes del equipo quirúrgico para afrontar el reto de anteponer la seguridad del paciente ante todo

Estrada-Rodríguez, et al. Rvta. Conamed – Seguridad del Paciente	2019	3D	Estudio Cuasi-experimental	Estrategia para favorecer la actitud hacia la lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (23)	La estrategia educativa de los profesionales demostró ser eficaz para mejorar la actitud hacia la LVQ
Cabrera, et al Rvta. Navarra Médica	2019	3D	Estudio retrospectivo	Adherencia a la lista de verificación de cirugía segura por parte de enfermería con base en la teoría de Patricia Benner (14)	Se realiza el conocimiento de la adherencia a la LVQ y el nivel de cultura de seguridad del paciente por parte de la enfermería
Cajamarca, et al Rvta. Latinoamericana de Ciencias Sociales	2023	3D	Estudio descriptivo	Perspectiva del personal de enfermería ante la práctica de cirugía segura (22)	El rol de la enfermera quirúrgica es cumplir el LVQ para evitar eventos adversos en los pacientes y garantizar la calidad del servicio y una cirugía segura
Organización Mundial de la Salud	2009	4D	Guía/Manual	Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009: la cirugía segura salva vidas (5)	Creación del LVQ como herramienta para la práctica de una cirugía segura
Organización Mundial de la Salud	2009	4D	Guía/Manual	Guía para la adaptación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía (6)	Abre la posibilidad de adaptar el LVQ no solo al ámbito quirúrgico e implementando nuevos ítems
Asamblea Mundial de la Salud	2019	4D	Resolución	WHA72.6: Acción mundial en pro de la seguridad del paciente (7)	La seguridad del paciente se basa en una educación básica y continua y de calidad de los profesionales de la salud
Ministerio de Sanidad	2022	4D	Informe	Informe anual del sistema nacional de salud 2022 (1)	Análisis de la actividad asistencial hospitalaria y quirúrgica en el Sistema Nacional de Salud durante el año 2022
Organización Mundial de la Salud	2022	4D	Informe	Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: Hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud (4)	Fija como objetivo eliminar los daños evitables en la atención de la salud y en la prestación de una atención segura y respetuosa

“Fuente: Elaboración propia”

6. RESULTADOS Y DISCUSION

La lista de verificación, que por su sencillez nos puede parecer insignificante, se ha convertido a nivel mundial en una herramienta altamente eficaz en los procedimientos médicos y quirúrgicos, mejorando la calidad asistencial, incrementando la seguridad del paciente, y disminuyendo la probabilidad de la aparición de riesgos y eventos adversos.

La implantación de un listado de verificación de un servicio quirúrgico, supone un avance en términos de seguridad para los pacientes y también una mejora en la accesibilidad de la información para los profesionales, consolidando el LVQ como una herramienta de calidad, al permitir y valorar estadísticamente sus resultados, a bajo coste y con una alta fiabilidad.

Para comprender la importancia de instaurar los LVQ, el resultado de un análisis prospectivo muy extenso en 2005, llevado a cabo por Pere Rabasa et al., (8) sobre los datos de eventos adversos producidos, secuelas y errores en un servicio de cirugía, tras el seguimiento de una cohorte de 13.950 pacientes observados durante un periodo extenso de 6 años. Según el citado estudio, al menos 5.142 pacientes, un 36,9 % de los ingresos, presentaron eventos adversos, destacando entre otras, 1.041 casos de extravasación de vías; 1034 flebitis; 853 infecciones de herida quirúrgica; 409 reacciones adversas a medicamentos. Un total de 920 pacientes presentaron al menos un error asistencial, lo que evidenció que un 6,6 % de los pacientes sufrieron eventos adversos evitables. En 180 de los casos, un efecto adverso estuvo implicado en la mortalidad del paciente, y en 49 de ellos, la mortalidad pudo atribuirse a un efecto adverso evitable.

El estudio de Soria-Aledo et al., de 2010, (9) en el que se analizan las dificultades de la implantación del LVQ en los quirófanos de cirugía, se basa en un muestreo de un total de 90 intervenciones realizadas en distintos hospitales públicos de la Región de Murcia. En el resultado global se observó que el LVQ se había realizado en 75 de los 90 casos y solo estaba completado en su totalidad en tan solo 25 de ellos. Atendiendo a las fases del LVQ, en la de Entrada sólo se cumplimenta en su totalidad en el 49,3 % de los casos, resaltando como el menor cumplimiento “el marcado del sitio quirúrgico”. En la fase de Pausa se cumplimentaba totalmente en un 51,8 % de las historias. En la fase de Salida, el cumplimiento total era menor, solo en el 43,1 %.

Se puede afirmar que la comprobación de manera rutinaria de una serie de ítems de seguridad, y la mejor comunicación y dinámica de grupo pueden disminuir la morbimortalidad perioperatoria, por lo que el LVQ se constituye como una herramienta clave para disminuir la incidencia de errores en quirófano, además de mejorar las habilidades técnicas del equipo quirúrgico.

Luis Grande, en su artículo descriptivo “Mejorar la seguridad en el quirófano reduce la mortalidad hospitalaria” (10) nos resalta que, la implementación del LVQ exige, más allá de los apoyos institucionales, un contundente compromiso de los propios cirujanos, junto con los anestesiólogos y la enfermería quirúrgica, que deben afrontar el reto de anteponer la seguridad del paciente ante todo, lo que implica un trabajo en equipo, una mayor participación, comunicación y sentido de la responsabilidad de todos los miembros del equipo quirúrgico.

En el estudio elaborado por López et al., (11) en el Hospital Naval de Mazatlán, realizado sobre un total de 535 pacientes de cirugía programada o de urgencia, se estudiaron en una primera fase, 255 sujetos sobre cuyas intervenciones no se había aplicado la lista de verificación. En la segunda fase del estudio se incluyeron 280 pacientes sobre los que se aplicó el LVQ. pudiéndose observar que las complicaciones disminuyeron en más del 60%, tras aplicar la lista de verificación de cirugía segura, identificándose la infección quirúrgica y la hemorragia mayor a lo permisible como las complicaciones más frecuentes, en 8 y 12 casos respectivamente. Para los autores, la demostración objetiva de los beneficios obtenidos de la implementación de la lista de verificación es clara, al reducir de manera importante las complicaciones y mortalidad.

En el artículo de revisión sobre la eficacia de los programas de seguridad del paciente realizado por M. Estepa et al., (12) se señala que los estudios analizados coinciden en el hecho de que cumplimentar el LVQ, reduce de una forma significativa las complicaciones y mortalidad perioperatoria, con independencia de las características de los hospitales. Una reducción que está fuertemente asociada al cumplimiento, así como al grado de implantación del LVQ.

Así lo demuestra el estudio de Menéndez Fraga et al., (13) realizado en el Hospital Monte Naranco de Oviedo, entre los años 2011 fecha en la que se implantó el LVQ y el 2014 y donde se analizaron 227 historias quirúrgicas de entre un total de 960 que fueron revisadas. El 100 % de las historias tenían el LVQ, y tenían el 94,4% de los ítems cumplimentados, y el 28,2% tenían los ítems cumplimentados en las tres fases del listado. Los eventos adversos disminuyeron del 16,3% en el 2011, hasta un 9,4% en el 2014, y a su vez se observó que el cumplimiento de todos los ítems del LVQ aumentó del 18,6% al 39,1%.

Entre las prácticas recomendadas para prevenir los eventos adversos, Cabrera Lucumi et al., (14) se encuentran las listas de verificación, como un instrumento de apoyo cognitivo para la ejecución de intervenciones médicas, quedando demostrada su eficacia tanto para la realización correcta de los procesos llevados a cabo sobre los pacientes, como para prevenir errores y desarrollar recordatorios paso a paso de las mismas.

También el estudio prospectivo llevado a cabo por Arriaga et al., (15) en el Servicio de Neonatología del HGU Gregorio Marañón, concluye que la utilización de lista de verificación de seguridad ha demostrado ser una herramienta útil para la detección de incidentes especialmente en la unidad de cuidados intensivos neonatales, permitiendo la implementación de medidas correctivas para evitar o disminuir la posibilidad de repetición de los incidentes mayormente relacionados con la medicación, seguidos por los ajustes equivocados de las alarmas de monitores y bombas de infusión.

Rodrigo-Rincón et al., (16) realizaron en 2011 un estudio descriptivo transversal mediante cuestionario en el Complejo Hospitalario de Navarra, para valorar el grado de percepción de los profesionales sobre la utilización y utilidad del LVQ, después de 4 meses de implantación. Se recibieron un total de 181 cuestionarios cumplimentados lo que supone una tasa de respuesta

del 73%, oscilando el porcentaje en función del perfil profesional un 88% del personal de enfermería, un 74% de anesestiólogos y un 51% de los cirujanos.

Según este estudio, el 95,7 % de los profesionales manifestó cumplimentar el LVQ siempre o casi siempre, un 2,4 % algunas veces y el 1,8 % nunca o casi nunca. La valoración media de la utilidad del LVQ fue del 6,6 %, destacando el 7,1 % del profesional de enfermería de quirófano. Tras los 4 meses de puesta en marcha del LVQ en el hospital de Navarra, los profesionales encuestados manifestaron, con una media del 11,2%, que su uso había conseguido prevenir errores, destacando también aquí la percepción favorable del personal de enfermería con un 23,5 %. Por último, significar que en caso de tener que realizarse una intervención quirúrgica, el 68% desearía que se le aplicase el LVQ, resaltando el 79,4% de afirmación del personal enfermero.

Un estudio similar fue realizado en 2013 por C. Papín et al., (17) en el HU San Agustín, de Avilés, después de 3 años de implementación del LVQ. El estudio fue llevado a cabo entre una muestra de profesionales del área quirúrgica, que incluyó a cirujanos, anesestistas, enfermeras de quirófano y de planta. De los 106 cuestionarios entregados, se obtuvo respuesta de 87 personas, lo que supuso una tasa de respuesta del 82,1%.

Según los datos obtenidos, el 80,4 % cumplimentaba siempre o casi siempre el listado de verificación, quienes no lo efectuaban, objetaban como razón más habitual, la falta de motivación para hacerlo. Además, un 44,8 % de los encuestados manifestaron que para mejorar la utilidad se debería motivar a los profesionales. A la pregunta de si el LVQ había resultado útil para prevenir errores, muchos de los cirujanos y anesestistas manifestó que el LVQ no consiguió prevenirlos, sin embargo, el 26,4 %, si detectaron la prevención de errores, sobre todo personal de enfermería de quirófano y los MIR.

En una escala de 0 a 10, los profesionales otorgaron una media de 5,88 % a la utilidad de la LVQ, por otro lado, en referencia a la pregunta sobre si el LVQ mejora la comunicación de los profesionales, el 65,2 % de los participantes que detectaron prevención de errores, contestaron afirmativamente, frente al 14,1 % entre los que no los detectaron.

Es fundamental que todo el personal médico y sanitario, responsables, y gestores de los centros sanitarios entiendan en qué consiste la seguridad del paciente, comprendiendo la naturaleza e importancia del riesgo y la forma en que se genera el daño, los conceptos básicos que conforman la seguridad del paciente, las causas de la atención insegura, y las acciones requeridas para garantizar que la atención, y los procesos individuales que la componen, tengan la mayor seguridad posible.

La cultura de la seguridad tiene que calar en las actitudes, las creencias, los valores, las aptitudes y las prácticas que se llevan a cabo diariamente, esta cultura de la seguridad debe entrelazarse con la filosofía y la cultura general de la organización. (4)

El compromiso del personal directivo, la transparencia, la comunicación abierta y respetuosa, el aprendizaje a partir de los errores y la aplicación de mejores prácticas, son componentes

indispensables de la cultura de la seguridad. Para reducir los daños al paciente y proporcionar un entorno de trabajo seguro todos, especialmente los profesionales sanitarios, deben analizar y hablar abiertamente sobre la seguridad del paciente y otras preocupaciones, sin temor a recibir consecuencias negativas. (4)

Concha-Torre et al., (18) indica que la LVQ funciona siempre que esté bien implementada y dicha implementación no es solo un cambio técnico, sino un cambio de cultura o de organización, sobre el que se evidencian barreras en su implantación, como las actitudes del personal, capacitación inadecuada, diseño deficiente, cumplimiento inexacto de las listas, etc.

Se resalta el papel del liderazgo como un elemento importante y el apoyo de los jefes y directivos para potenciar la formación del personal, dirigir la implantación, evaluar los resultados, informar de los resultados y modificar los procesos en función de los problemas que se puedan encontrar.

La lista de verificación puede ser vista como una iniciativa impuesta desde la dirección, una lista burocrática más a cumplimentar marcando casillas, en vez de una herramienta importante para garantizar la seguridad del paciente mediante la comunicación y el trabajo en equipo.

Aún a pesar de que los profesionales de la salud se comprometen a mantener la seguridad de sus pacientes porque la mayoría cree que cumple este compromiso por la propia observancia del código ético y aunque la evidencia demuestra de que el LVQ supone una barrera para la aparición de eventos adversos, su efectiva aplicación, el desinterés o la escasa implicación de los profesionales, crea serias lagunas que pueden poner en entredicho la seguridad del paciente.

Es preciso resaltar la importancia de la implicación de todos los profesionales con el uso del LVQ, entendido como una herramienta para facultativos quirúrgicos, anestesiólogos y personal de enfermería comprometidos con la seguridad de su trabajo y del propio paciente. (19)

El LVQ es una herramienta multidisciplinar por lo que su desarrollo y uso no depende única y exclusivamente del personal de enfermería, es imprescindible la colaboración e implicación del personal facultativo, tanto cirujanos como anestesistas, lo que en ciertas ocasiones puede resultar complicado, pero para conseguir la implantación y adecuada utilización del LVQ es básico, el trabajo en equipo. (20)

En el estudio de A. Sánchez-Martínez et al, (21) realizado en 2016 en el HGU Reina Sofía de Murcia, a través de una encuesta, se evaluó la percepción del LVQ en el área quirúrgica y su correcta implementación. La encuesta se entregó a un total de 190 profesionales, obteniéndose una tasa de respuesta del 48%, es decir 92 respuestas.

Entre sus conclusiones se advierte que la opinión del profesional sobre la utilidad del LVQ es buena en 73 de las encuestas analizadas, el 79,8% de los casos. Sin embargo 58 profesionales, un 51'8%, consideran que el listado de verificación es difícil de aplicar en las cirugías de urgencia, 55 profesionales consideraban que, para el personal de enfermería, el listado era difícil de gestionar y 47 exponían dificultades en el intercambio de información en voz alta entre el equipo.

En el mencionado estudio, se detectaron una serie de barreras que hacían precisas distintas actuaciones de mejora: la intervención educativa y la concienciación de los profesionales para mejorar el uso efectivo del LVQ para convencer de que su cumplimiento reduce la posibilidad de eventos adversos evitables, sabiendo que hacerlo obligatorio no es suficiente para que se cumpla, además se detectaron otras barreras como la falta de liderazgo, la escasa comunicación entre el personal actuante y la ausencia de trabajo en equipo. (21)

El personal de enfermería que trabaja en las áreas quirúrgicas son una parte esencial en los quirófanos, coordinando las actuaciones que se llevan a cabo y proporcionando cuidados enfermeros propios y en colaboración con el equipo.

La cirugía segura y la actividad de la enfermería en el quirófano están profundamente ligadas. El personal de enfermería tiene su relevancia en los procedimientos quirúrgicos y en los cuidados previos a la entrada al quirófano, durante la intervención y después de la intervención.

La enfermería de quirófano desarrolla, por tanto, una función de gestión y coordinación muy importante dentro del bloque quirúrgico, destinada a garantizar que cada intervención quirúrgica se realice con la máxima eficacia, eficiencia y seguridad. Gestión que comienza antes de la llegada del paciente a quirófano, se mantiene en el intraoperatorio y el postoperatorio inmediato.

El rol de la enfermería quirúrgica exige tener conocimientos y aptitudes específicas para cumplir la LVQ, evitar eventos adversos en los pacientes, garantizar la calidad asistencial y una cirugía segura, además de preparar, apoyar y controlar el ambiente quirúrgico y registrar las actividades desarrolladas en el quirófano, siendo corresponsables de la calidad asistencial y de la seguridad de la atención en el acto quirúrgico. (22)

La enfermería que desempeña sus funciones en las áreas quirúrgicas, lo hace en un ambiente altamente técnico, donde se utilizan y emplean dispositivos y equipos de alta tecnología, enfrentándose a una transformación que les impone un continuo aprendizaje, desarrollando así habilidades y destrezas de forma permanente, que les permita contar con una gran capacidad cognitiva, es decir soltura en la resolución de conflictos y situaciones problemáticas y en especial, disposición para relacionarse de manera adecuada con otras personas.

Para lograr una seguridad en el paciente de manera óptima, es indispensable que el personal de enfermería se oriente por una labor de equipo, promoviendo la buena comunicación, la coordinación, el liderazgo, la calidad en el apoyo a los compañeros y en la cooperación en las estrategias para potenciar la labor de cada uno. (14)

Para realizar una labor acorde a las necesidades y seguridad del paciente, es indispensable que el personal de enfermería desarrolle una cultura y clima de seguridad, que permita garantizar el bienestar del paciente y de sus compañeros de equipo.

La Dra. Patricia Benner et al., (14) analizó las etapas de aprendizaje y adquisición de habilidades a lo largo de las carreras de las enfermeras, aplicando el modelo de Dreyfus de adquisición de

habilidades en la práctica enfermera. Su teoría está fundamentada en la adquisición de conocimientos y aprendizajes por parte del enfermero, a fin de adoptar una cultura de adherencia a ciertos procesos que garanticen la seguridad en la atención.

Un estudio de Estrada-Rodríguez et al., (23) de 2018, revela que la intervención de la estrategia educativa sobre un colectivo de enfermería, demostró ser eficaz para mejorar la actitud y adherencia de las enfermeras hacia el uso de las listas de verificación.

En el estudio observacional transversal de L. Domingo et al., (24) se distribuyó un cuestionario sobre la lista de verificación al personal de quirófano, un total de 362 personas, donde se incluían anestesiistas, cirujanos y personal de enfermería. La tasa de respuestas fue del 32,2%, respondiendo 131 de las personas encuestadas.

El personal de enfermería fue percibido como el grupo que brindaba más apoyo en el uso del LVQ, señalando un 85,7% de estos, que el uso del checklist quirúrgico previno eventos adversos, mientras que los anestesiistas lo hicieron en un 84,2 % y los cirujanos, tan solo en un 64,3 %.

Por su parte, Alva-García et al., (25) en su estudio transversal publicado en 2022, realizado con personal de enfermería de un hospital privado de segundo nivel, observó que el 80 % del personal enfermero circulante se encargaba del correcto llenado del LVQ, lo que es indispensable para que el equipo quirúrgico no cometa errores, reduciendo de manera considerable la tasa de morbimortalidad y complicaciones relacionadas con procedimientos quirúrgicos, considerando esta herramienta como un buen instrumento para la prevención de errores.

7. CONCLUSIONES

La LVQ es una herramienta esencial para mejorar la calidad asistencial, incrementar la seguridad del paciente, reducir los riesgos y eventos adversos en procedimientos médicos y quirúrgicos y facilitar información a los profesionales sanitarios que han de actuar.

Constituye un instrumento de apoyo cognitivo para la ejecución de intervenciones médicas, cuyo uso demuestra la eficacia para la realización correcta de los procesos de atención al paciente para prevenir errores. (14) (16)

El cumplimiento de la LVQ demuestra que se reducen de forma significativa las complicaciones, eventos adversos y mortalidad. En estudios comparativos entre pacientes de cirugía a los que se les aplicó la LVQ y otros a los que no, se observó que las complicaciones disminuyeron en más del 60 %. (11)

La utilización de la LVQ ayuda a disminuir de forma importante la morbimortalidad (11), reduciendo la incidencia de errores en el quirófano y mejorando las habilidades técnicas del equipo quirúrgico. (9) (13)

El grado de implantación y cumplimiento de la LVQ reduce de forma significativa las complicaciones y mortalidad, con independencia de las características de los hospitales. (12)

El uso de la LVQ evidencia ser una herramienta útil para la detección de incidentes, especialmente en la unidad de cuidados intensivos neonatales. (15)

La implementación de la LVQ exige el firme compromiso de todos los miembros del equipo quirúrgico, que implica el trabajo conjunto de todos ellos, con la mayor participación, comunicación y responsabilidad para anteponer, ante todo, la seguridad del paciente. (10)

Es indispensable que todo el personal médico y sanitario, sus responsables y los gestores de los centros sanitarios entiendan la importancia de garantizar la seguridad del paciente. (17)

La cultura de seguridad debe formar parte de la filosofía y cultura general de los centros sanitarios, y tiene que calar en las actitudes, creencias, valores, aptitudes y prácticas que se llevan a cabo diariamente. (4)

El empleo de la LVQ no es solo un cambio técnico, sino un cambio de cultura o de organización, sobre el que pueden aparecer barreras en su implantación, como las actitudes del personal, el diseño deficiente, el llenado incompleto de las listas, la capacitación inadecuada de los propios profesionales (18) la falta de liderazgo, la escasa comunicación entre el personal actuante o la falta de un trabajo en equipo. (21)

La LVQ es una herramienta multidisciplinar que implica a todo el equipo, su desarrollo y uso no depende exclusivamente del personal de enfermería, por lo que resulta imprescindible la colaboración e implicación del personal facultativo. (19) (20)

Hacer obligatorio el uso de la LVQ no es suficiente, es preciso emprender acciones de mejora en la educación y concienciación de los profesionales para convencer de que su cumplimiento reduce la posibilidad de eventos adversos. (21)

El rol de la enfermería exige tener conocimientos y aptitudes específicas para cumplir la LVQ, preparando, apoyando y controlando el ambiente quirúrgico y registrando las actividades desarrolladas en el quirófano, para garantizar la calidad asistencial y evitar la aparición de los efectos adversos. (22)

La intervención de la estrategia educativa sobre el colectivo de enfermería ha demostrado ser eficaz para mejorar la actitud y adherencia de las enfermeras hacia el uso de la LVQ. (23)

El personal de enfermería es percibido como el grupo que brinda más apoyo en el uso de la LVQ, confirmando estos que el uso del checklist quirúrgico previene efectos adversos. (24)

El personal enfermero circulante se encarga del correcto llenado de la LVQ, lo que es indispensable para que el equipo quirúrgico no cometa errores, reduciendo de una forma considerable, la morbilidad y la tasa de complicaciones relacionadas con los procedimientos quirúrgicos. (25)

Los estudios de efectividad de la LVQ han seguido demostrando, el beneficio cuando se utiliza adecuadamente, mientras que su carencia aumenta la tasa de eventos quirúrgicos adversos.

En definitiva, las Listas de Verificación Quirúrgica son un aspecto clave en la atención sanitaria, y, por tanto, se debe fomentar la información y formación de profesionales para mejorar la seguridad de los pacientes que reciben asistencia sanitaria.

8. BIBLIOGRAFÍA

- (1) *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022*. Ministerio de Sanidad.
[031123-informe-anual-sistema-nacional-salud-2022.pdf \(lamoncloa.gob.es\)](https://lamoncloa.gob.es/031123-informe-anual-sistema-nacional-salud-2022.pdf)
- (2) *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Informe*. Febrero 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo.
[Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización \(ENEAS\) \(sanidad.gob.es\)](https://sanidad.gob.es/Estudio_nacional_sobre_los_efectos_adversos_ligados_a_la_hospitalizacion_(ENEAS).pdf)
- (3) *Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008. [untitled \(sanidad.gob.es\)](https://sanidad.gob.es/untitled.pdf)
- (4) *Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud*. Organización Mundial de la Salud. 2022
[Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/plan-de-accion-mundial-para-la-seguridad-del-paciente-2021-2030-hacia-la-eliminacion-de-los-danos-evitables-en-la-atencion-de-salud)
- (5) *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. 2009
[Manual de aplicación lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009 : la cirugía segura salva vidas \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/manual-de-aplicacion-lista-oms-de-verificacion-de-la-seguridad-de-la-cirurgia-2009-la-cirurgia-segura-salva-vidas)
- (6) *Guía para la adaptación de la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía* 1ª edición.
[Microsoft Word - 090654-TRA-ES - Adapt Safe Surg Checklist.doc \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/microsoft-word-090654-tra-es-adapt-safe-surg-checklist.doc)
- (7) *Resolución WHA72.6: Acción mundial en pro de la seguridad del paciente*. 72ª Asamblea Mundial de la Salud. 2019 [Microsoft Word - A72 R6-sp.docx \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/microsoft-word-a72-r6-sp.docx)
- (8) Pere Rebas, Laura Mora, Helena Vallverdu, Alexis Luna, Sandra Montmany, Andreu Romaguera, Salvador Navarro, et al. *Efectos adversos en cirugía general. Análisis prospectivo de 13.950 pacientes consecutivos*. Cir. Esp. 2011;89(9) 599-605 [Efectos adversos en cirugía general. Análisis prospectivo de 13.950 pacientes consecutivos \(elsevier.es\)](https://www.elsevier.es/efectos-adversos-en-cirurgia-general-analisis-prospectivo-de-13950-pacientes-consecutivos)
- (9) Soria Aledo V., Ruíz Marín, M. *Del check list a la cirugía segura*. Journal of Healthcare Quality Research 2019; 34 (6):281-282. [Del check list a la cirugía segura | Journal of Healthcare Quality Research \(elsevier.es\)](https://www.elsevier.es/del-check-list-a-la-cirurgia-segura-journal-of-healthcare-quality-research)
- (10) Luis Grande. *Mejorar la seguridad en el quirófano reduce la mortalidad hospitalaria*. Rvta. Cirugía Española. 2009; 86 (6); 329-330. [Mejorar la seguridad en el quirófano reduce la mortalidad hospitalaria | Cirugía Española \(elsevier.es\)](https://www.elsevier.es/mejorar-la-seguridad-en-el-quirofano-reduce-la-mortalidad-hospitalaria-cirurgia-espanola)

- (19) Russo Fojo M., Tizón Bouza E., y Pesado Cartelle J.A. *Evaluación del conocimiento de los profesionales sanitarios de quirófano sobre el listado de verificación quirúrgica en el área Sanitaria de Ferrol*. Rvta. de Enfermería. Diciembre 2021. Págs. 3-17. [Evaluación del conocimiento de los profesionales sanitarios de quirófano sobre el listado de verificación quirúrgica en el área sanitaria de Ferrol \(isciii.es\)](#)
- (20) Narbona Toledo C., Delgado Arcas S., y Narbona Toledo F. *Listado de verificación seguridad quirúrgica (Check.list); una necesidad aún desconocida por la enfermería*. Rvta. Enfermería Docente. 2011; 95: 9-13. [95-009.pdf \(index-f.com\)](#)
- (21) Sánchez-Martínez A., González-Valverde F.M., Ruíz-Marín M., Martínez-González P., et al. *Listado de verificación quirúrgica: buscando la implicación de profesionales y pacientes*. Rvta. Actualidad Médica. 2016; 101: (798): 79-84. [Listado de verificación quirúrgica: buscando la implicación de profesionales y pacientes – \(actualidadmedica.es\)](#)
- (22) Cajamarca Chicaiza K.M., Pogo Carrillo D.I., Guaman Yupanqui L.M., et al. *Perspectiva del personal de enfermería ante la práctica de cirugía segura*. Rvta. Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, Marzo 2023. Volumen 4, número 1. Pags. 2286-2294. [Perspectiva del personal de enfermería ante la práctica de cirugía segura: Nursing staff perspective on the practice of safe surgery \(researchgate.net\)](#)
- (23) Estrada-Rodríguez P.K. y González-Cobos R.D. *Estrategia para favorecer la actitud hacia la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía*. Rvta. Conamed Seguridad del Paciente. Vol.24 Núm. 1, 2019. Págs. 30-37 [Estrategia para favorecer la actitud hacia la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía \(medigraphic.com\)](#)
- (24) L. Domingo, M. Sala, C. Miret, J.M. Montero-Moraga, C.Lazo de la Vega, M. Comas, X. Castells, et al. *Percepciones del personal de enfermería, cirugía y anestesia sobre el uso y beneficios del listado de verificación quirúrgica en un hospital universitario*. Rvta. Investigación sobre la Calidad de la Atención Médica Vol 37, Núm. 1 enero-febrero 2022 págs. 52-59. [www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2603647921000646](#)
- (25) Alva-García C., Contreras-Mejía A., Hernández-Vargas S., et al. *El impacto del llenado de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía por parte del personal de enfermería y prevención de errores en el área de quirófano*. Rvta. Salud y Educación Vol.10 nº 20 (2022) págs. 148-152 [https://repository.uaeh.mx/revistas/index.php/ICSA/issue/archive](#)
- (26) Forming guideline recommendations. En: SIGN 50: A guideline developers' handbook: Edinburgh: SIGN; 2008. [S1699258X21000589:mmc1.pdf \(elsevier.es\)](#)