

# PERCEPCIÓN DE ENFERMERIA SOBRE EL LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRURGICA

Ma ESTER ARRIOLA AGUILAR  
CARMEN MARIA MARTINEZ CARA

# II CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERIA CIUDAD DE GRANADA

## "Calidad y seguridad del paciente a través del cuidado continuo personalizado"

### Percepción de enfermería sobre el listado de verificación quirúrgica

**Autor principal** M<sup>a</sup> ESTER ARRIOLA AGUILAR

**CoAutor 1** CARMEN MARIA MARTINEZ CARA

**CoAutor 2**

**Área Temática** CALIDAD DE CUIDADOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

**Palabras clave** SEGURIDAD LISTADO DE VERIFICACION ENFERMERA DE QUIROFANO INVESTIGACION CUALITATIVA

#### » Resumen

La atención quirúrgica y la dispensación segura de la misma afecta a millones de personas cada día. Las complicaciones quirúrgicas son comunes y a menudo prevenibles. La OMS recomendó a los distintos gobiernos un programa para implementar un listado de verificación sobre seguridad quirúrgica diseñado para mejorar la comunicación del equipo y la consistencia de la atención, reduciría las complicaciones y los óbitos asociados

A través de esta investigación pretendemos mostrar la percepción de la enfermera quirúrgica que gira alrededor del listado de verificación quirúrgico. Con este fin, se diseñó un estudio cualitativo fenomenológico que a través de un grupo focal nos muestra la necesidad de revisar dicho listado para su consenso y mejora.

#### » Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

La atención quirúrgica y la dispensación segura de la misma afecta a la vida de millones de personas. Cada año se realizan en el mundo millones de intervenciones de cirugía mayor. Cirujanos, anestesistas y personal de enfermería del sistema sanitario público español, son conscientes de la importancia de su actuación profesional para garantizar la seguridad del paciente quirúrgico.

Según diversos estudios, las complicaciones atribuibles a intervenciones quirúrgicas causan discapacidades o prolongan la hospitalización de entre un 3% y un 25% de los pacientes, dependiendo de la complejidad de la operación y del entorno hospitalario. Esto significa que el número de pacientes susceptibles de padecer complicaciones postoperatorias asciende como mínimo a 7 millones al año.

Las principales organizaciones de salud (OMS, Comité Europeo de Sanidad), han desarrollado estrategias para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los efectos adversos evitables en la práctica clínica. Todas ellas coinciden en recomendar a los diferentes gobiernos que sitúen la seguridad del paciente en el centro de todas las políticas sanitarias pertinentes

Un reto mayor en los sistemas de salud es mejorar la calidad de la atención; el único camino efectivo para lograrlo es estableciendo medidas de seguridad lideradas, con responsabilidad, por la profesión.

Según el Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización ENEAS 2005, la incidencia de pacientes con efectos adversos relacionados directamente con la asistencia hospitalaria fue en España de 8,4% . Según ese mismo estudio, las especialidades que presentaron mayor número de sucesos adversos fueron las quirúrgicas y de ellas Cirugía Vasculard (16,1%), mientras que las especialidades médicas fueron las que presentaron una menor frecuencia (3,6%). Además, los datos sugieren que al menos la mitad de las complicaciones quirúrgicas son potencialmente evitables.

En el año 2008, la OMS publicó unas guías con un conjunto de recomendaciones para mejorar la seguridad de los pacientes quirúrgicos. Dentro de esas recomendaciones se incluía un listado de verificación quirúrgica (check-list)

Desde el interior del área quirúrgica de nuestro hospital, se diseñó una estrategia para mejorar la seguridad de los pacientes quirúrgicos, que incluía el citado listado. La idea de emplear una lista breve pero exhaustiva fue sorprendentemente nueva para nosotros en el campo de la cirugía, y algunos de los miembros del personal quirúrgico no la acogieron bien.

#### » Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

En el listado de verificación quirúrgico (LVQ) se chequean puntos que podrían parecer obvios como la obtención del consentimiento informado, la confirmación de la identidad del paciente, el lugar anatómico de la intervención, la comprobación del equipo de anestesia, procurar una posición adecuada del paciente en la mesa quirúrgica puntos que se pueden olvidar en situaciones de tensión o cansancio.

La difusión e implantación de dicho listado ha supuesto un gran cambio tanto cultural (consciencia de seguridad del paciente) como cambio de hábitos y costumbres. Participan un gran número de profesionales en el quirófano, lo que ha supuesto un gran esfuerzo a la hora de difundir y dar a conocer el procedimiento.

Nos hemos encontrado con grandes dificultades en su implantación: negación y rechazo, desconfianza y miedo al cambio. Por todo ello, es indispensable identificar con la mayor precisión posible, la percepción del profesional de enfermería del bloque quirúrgico, sobre la utilidad de dicho listado de verificación quirúrgica.

Por todo ello, es indispensable identificar desde la experiencia del personal de enfermería de quirófano, tanto de instrumentos como de anestesia, aquellas carencias, o déficit que supone la implementación del LVQ, en su trabajo diario.

Para ello se diseñó un estudio descriptivo que utilizó metodología cualitativa basado en un muestreo por conveniencia, fueron seleccionados 20 enfermeros del área quirúrgica del hospital, que voluntariamente aceptaron participar y los cuales se les realizó la metodología de grupo focal, diseñada para obtener información de un área definida de interés, en un ambiente permisivo no directivo para provocar la expresión de opiniones de los participantes. La discusión es relajada y confortable para los participantes, exponen sus ideas en un grupo de personas que poseen ciertas características en común. Se busca la interacción entre los participantes como método para generar información.

El procedimiento se llevó a cabo durante el mes de Enero de 2011, un grupo focal, con enfermeros tanto de anestesia como de instrumentos.

El grupo focal fue dirigido por dos enfermeras docentes universitarias expertas en investigación cualitativa. Una moderaba el grupo mientras la otra recogía por escrito la información no verbal y contextual importante. Los grupos tuvieron lugar en una sala de reuniones de colegio de enfermeras. Tras la transcripción, codificación y categorización de los datos se utilizó el programa Aquad Seis V.8.2.2. para su posterior interpretación.

#### **» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?**

Tras el análisis de los datos obtenidos en la investigación identificamos tres niveles de interpretación.

A nivel económico-social, los participantes, manifiesta una falta de consenso en la redacción y desarrollo de LVQ, ausencia de planificación en su implantación, y formación para su implementación por el equipo quirúrgico. Los enfermeros de quirófano piensan que son los que otorgan al LVQ mayor utilidad en detrimento de otros profesionales del equipo quirúrgico que le dan un valor burocrático. Segmentamos la muestra en dos grupos, siendo uno las personas que afirman que el LVQ ha conseguido evitar errores, y el otro, el conjunto de profesionales que comenta que no ha visto que prevenga errores o que no sabe si ha conseguido prevenirlos.

A nivel personal, destaca la ansiedad y estrés manifestados ante la sobrecarga de trabajo del enfermero circulantes y enfermero de anestesia en intervenciones quirúrgicas cortas, que supone un grado mayor de desvinculación del paciente y equipo quirúrgico, debido a la implementación de la documentación de la intervención (parte de quirófano, hoja operatoria, LVQ, hoja de implantes .). Por último, a nivel asistencial, los participantes evidencian que existen carencias y áreas de mejora en los ítems del LVQ, se aporta como áreas de mejora la aportación de un apartado, implementado por la enfermera del servicio o unidad desde donde sea trasladado el paciente, donde incorporar la verificación de antibiótico en planta, la información reiterada al paciente sobre preguntas sobre seguridad quirúrgica.

Los profesionales manifestaron que no cumplimentan el cuestionario a tiempo real, conforme se realiza la verificación.

Manifestaron que les gustaría que los profesionales utilizaran el LVQ si les fueran a realizar a ellos una intervención quirúrgica en el centro. Se comentó que el LVQ es un instrumento que mejora la comunicación entre los profesionales implicados.

La mayor parte de los participantes consideraron necesaria la modificación del LVQ.

Como claros ejemplo identificativos seleccionamos los siguientes:

Y esto para que sirve ya no vemos a paciente, parecemos secretarias (E5).

Tanto cambio no es bueno, total para la productividad que nos van a pagar (E1).

Aquí dando vueltas a los papeles con lo fácil que sería que la enfermeras de planta pusiesen lo del antibiótico directamente(E6).

no cuentan con nosotros lo intentan mejorar y no nos preguntan (E2)

mejora la seguridad del paciente pero se podría hacer mejor (E1)

el resto del equipo no se implica un papel mas que rellenáis vosotras, tienes que ir detrás para que lo firmes E6

Tras el análisis de los datos obtenidos, se propone como soluciones para mejorar la seguridad asistencial en el área quirúrgica, que el centro se implique en la revisión consensuada del listado de verificación.

Explorar las posibles mejoras con todo el equipo quirúrgico. Incluir en su inicio una primera fase de implementación en el servicio desde donde se traslade paciente a intervenir, con el fin de optimizar el recurso de verificación quirúrgica.

#### **» Barreras detectadas durante el desarrollo.**

Entre las limitación surgidas en el transcurso de este estudio, destaca el reducido número de participantes analizados. Segregar en varios grupos según perfil profesional (anestesia, instrumentos, tiempo en el servicio, quirófanos de programa o urgencias) hubiese sido más adecuado.

Consideramos que los datos obtenidos no se pueden generalizar, aunque en contrapartida creemos que el estudio contribuye a responder algunos de los vacíos existentes en la actividad de las enfermeras de quirófano la necesidad de mejorar la atención al paciente quirófano en condiciones de seguridad quirúrgica e implicarse en ese campo con mayor convicción.

#### **» Oportunidad de participación del paciente y familia.**

Con esta investigación y a través de un diseño fenomenológico es solo un intento expresar de forma rigurosa el significado de nuestras opiniones de una manera más objetiva. Se podría presentar la oportunidad de incluir al paciente y la familia en la elaboración de un trabajo futuro, donde valorar, que implica para ellos la verificación de la seguridad quirúrgica, pero no es el caso en esta investigación.

#### **» Propuestas de líneas de investigación.**

Sería conveniente realizar un estudio cuantitativo sobre la implementación, detallada de cada ítem del listado de verificación quirúrgico. Se podría proponer ampliar al grupo de participantes con el resto del equipo quirúrgico. Organizar un pilotaje sobre el listado de verificación con todos los agentes implicados.

Todas estas propuestas de líneas de investigación mencionadas tienen el fin de promover el conocimiento enfermero y establecer unas bases que mejoren la calidad y seguridad del sistema sanitario.