

# III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

## LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA CIRUGÍA: PUNTO DE PARTIDA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

<b>Autor principal</b>	FRANCISCA ENCARNACIÓN MORENO MEDINA			
<b>CoAutor 1</b>	JOSÉ JOAQUÍN BARRAJÓN MARTÍN DE LA SIERRA			
<b>CoAutor 2</b>	MARIA DEL PILAR SANCHEZ MORENO			
<b>Área Temática</b>	Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Quirúrgica			
<b>Palabras clave</b>	Lista de verificación	conocimiento	seguridad de paciente	Cuidados intraoperatorios

### » Resumen

El estudio multicéntrico publicado en el New England Journal of Medicine en Enero de 2009 realizado en 8 hospitales de diferentes regiones del mundo ha demostrado la eficacia de la verificación de la seguridad, disminuyendo las complicaciones postoperatorias del 36% a tasas entorno al 11,0 y 7,0% en los centros participantes (1).

Actualmente en la Unidad de Quirófano las medidas empleadas para garantizar la seguridad del paciente se realizan de manera rutinaria sin protocolo y sin dejar constancia por escrito.

El hospital cuenta con el programa informático IRIS en el cual podemos reflejar las posibles incidencias relacionadas con la seguridad del paciente. Programa que ha sido poco divulgado, ya que a día de hoy nos podemos encontrar con compañeros que desconocen su utilidad e incluso su existencia.

Debido a la importancia de la seguridad en el trabajo diario del personal sanitario, consideramos de gran utilidad realizar este estudio observacional descriptivo, transversal y prospectivo con el objetivo principal de determinar el grado de conocimiento de los médicos y enfermeros de la Unidad del Servicio de Quirófano del Hospital Virgen de la Salud sobre las Listas de Verificación de la Cirugía (LVC) y la pertinencia de la implantación de la misma como objetivo secundario.

### » 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?

En Noviembre del 2008 la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha firma con el Ministerio de Sanidad y Consumo El convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios (2). El Plan Estratégico ve la luz como el plan estratégico de Seguridad del Paciente 2009-2012 que responde al compromiso adquirido en Las Cortes, al convencimiento y también a la inequívoca voluntad de los responsables, gestores y profesionales sanitarios del SESCAM de contribuir, junto a los propios pacientes, sus familias, las organizaciones y grupos de autoayuda, a poner en práctica y desarrollar una cultura responsable de seguridad y excelencia, que disminuya los riesgos de la atención sanitaria haciéndola más efectiva y de mayor calidad, merecedora de la confianza, reconocida y valorada por los ciudadanos. Estructurado en 7 estrategias, 17 objetivos estratégicos y 123 actuaciones a desarrollar en el periodo 2009-2012; y en el que se refleja la prevención de eventos adversos en el proceso quirúrgico como uno de los objetivos estratégicos del citado plan (3).

En el 2008 un estudio sobre el Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español refleja una calificación de 7 del clima de seguridad, en una escala de cero a diez. Destacando como fortalezas que el personal se apoya mutuamente (con un 78% de respuestas positivas) y que cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente, se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo (76,8% de respuestas positivas) (4).

La Unidad de Calidad del Hospital, junto con la Dirección del mismo, tiene intención de implantar en un breve plazo de tiempo la LVC, con el fin de utilizar este documento para mejorar la seguridad del paciente y disminuir el número de efectos adversos durante la cirugía.

A lo largo del pasado año se planteó como experiencia previa la utilización de un documento en prueba para tres especialidades, siendo la respuesta por parte de los profesionales un tanto diversa.

Dicho documento consta de tres partes, a cumplimentar por la enfermera circulante, con la colaboración del anestesiólogo y el cirujano correspondiente que deberán firmar al final de la misma. La primera parte se realiza antes de comenzar la inducción anestésica, la segunda antes de iniciar la cirugía y la tercera al término de la misma.

La implantación de la LVC se realizará en soporte digital previo adiestramiento del personal, primero realizándose en cinco quirófanos, para posteriormente completar la totalidad de los dieciséis quirófanos existentes.

### » 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?

Actualmente en la Unidad de Quirófano las medidas empleadas para garantizar la seguridad del paciente se realizan de manera rutinaria, sin protocolo y sin dejar constancia por escrito. Estas medidas incluyen el respirador y carro de anestesia; la disponibilidad y buen funcionamiento de los aparatos necesarios para la intervención, del instrumental y material; la recepción y entrevista del paciente; identificación de la enfermera; comprobación de la identidad del paciente y de su historia clínica; intervención quirúrgica a realizar y conocimiento por parte del paciente de la misma; adecuada preparación (higiene, prótesis, ayunas, etc.); comprobación de alergias; patologías e intervenciones previas y medicación a administrar. El hospital cuenta con el programa informático IRIS en el cual podemos reflejar las posibles incidencias relacionadas con la seguridad del paciente. Programa que ha sido poco divulgado, ya que a día de hoy nos podemos encontrar con compañeros que desconocen su utilidad e incluso su existencia.

Debido a la importancia de la seguridad en el trabajo diario del personal sanitario, consideramos de gran utilidad realizar este estudio observacional descriptivo, transversal y prospectivo, con el objetivo principal de determinar el grado de conocimiento de los médicos y enfermeros de la Unidad del Servicio de Quirófano del Hospital Virgen de la Salud de Toledo sobre la LVC y la pertinencia de la implantación de la misma

como objetivo secundario.

Hemos tomado como población de estudio a los profesionales médicos y enfermeros cuyo carácter contractual sea de estatutario propietario o contratado con más de un año de desempeño en la unidad de Quirófano del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. Nuestros criterios de exclusión son aquellos médicos y enfermeras que ocupen cargos de Gestión en puestos de responsabilidad en el área Quirúrgica.

Para obtener un mínimo de 156 cuestionarios contestados y una respuesta esperada entre el 30% y el 50% incluimos todo el personal de la Unidad de Quirófano que cumple los criterios establecidos, un total de 285 profesionales.

El cuestionario (Anexo I), se entregó de manera individual en un sobre blanco sin ninguna identificación, los objetivos del mismo y el consentimiento informado, invitando a los profesionales a colaborar en el estudio de manera voluntaria. Los sobres se entregaron al comienzo de la jornada laboral y se recogieron al finalizar la misma.

Se ha utilizado un cuestionario de 8 preguntas: 2 ítem para conocimientos, 2 para pertinencia y 4 para datos sociodemográficos y laborales 9.

## RESULTADOS

La tasa de respuesta es de 237 profesionales (89.8%) sobre un total de 285 cuestionarios emitidos. Por profesión, dentro de cada grupo, la respuesta es del 90,32% enfermeras, el 86,48% anestelistas, el 81,75% cirujanos y el 67,34% médicos en formación MIR.

Por profesión, en el total de la encuesta: cirujanos 48.1%, enfermeras 24,0%, médicos en formación MIR 14,2% y anestelistas 13,7%.

Según experiencia en la unidad: menos de 6 años 35%, de 6 a 10 años 23.5%, de 11 a 15 años 14.5% y más de 15 años 26.9%.

Según edad: menores de 31 años: 21.5%, de 31 a 50 años 58.7% y mayores de 50 años 19.8%. Por tipo de contrato: interino/eventual 40.6% y fijos 59.4%.

Sobre el conocimiento de las LVC por parte de los profesionales, el 48,5% manifiesta no conocer las LVC. El mayor porcentaje corresponde a las enfermeras, 58,2%, seguido de los cirujanos con el 53,6% los MIR el 36,4% y anestesiólogos el 25%, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos profesionales.

En cuanto a los resultados sobre la importancia de las LVC para la seguridad de pacientes y profesionales, éstos atribuyen un papel importante a las LVC tanto en la seguridad del paciente como en la suya propia, siendo el 91.3% los que consideran que mejorarían la seguridad de los pacientes y un 90.3% los que consideran que mejoraría la seguridad para los profesionales.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos profesionales, ni en cuanto a la percepción de seguridad y las variables socio-demográficas y laborales, ni con el conocimiento o no de las listas de verificación de la cirugía.

## ANEXO I CUESTIONARIO

1-¿Tiene conocimiento sobre las listas de verificación de la cirugía?

SI NO

2-¿Considera que la implantación de listas de verificación de la cirugía mejoraría la seguridad del paciente?

SI NO

3-¿Considera que la implantación de listas de verificación de la cirugía mejoraría la seguridad de los profesionales?

SI NO

4-¿Cuánto tiempo lleva desempeñando su actividad profesional en ésta unidad?

Menos de 5 años

De 6 a 10 años

De 11 a 15 años

Más de 16 años

5-Edad

Menor de 30 años

De 31 a 50 años

Mayor de 51 años

6-Profesión

Cirujano

Anestesiólogo

MIR

Enfermera

7- Vinculación laboral

Interino/Eventual

Fijo

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

La experiencia como profesionales en el área quirúrgica, nos ha hecho llegar a la conclusión, que la seguridad en el paciente, es un tema básico y esencial en el desarrollo de nuestro trabajo; que la mayor parte de las pautas aprendidas y repetidas, necesitan de una protocolización básica y estandarizada con el fin de que todos aquellos conocimientos que poseemos, sean plasmados en una lista de verificación que nos ayude a mejorar la seguridad del paciente y al mismo tiempo nuestra propia seguridad como profesionales.

Con la realización de este estudio tratamos de sensibilizar a los profesionales del área quirúrgica, a cerca de la pertinencia de la implantación de una LVC, que nos permita contribuir al aumento de la seguridad del paciente.

En el hecho de identificar la situación de la que partimos para la implantación de la LVC, podremos fomentar un consenso a la hora del trabajo en la unidad, siempre desde la perspectiva de equipo y no de manera individual, a fin de evitar la variabilidad en cuanto a la toma de decisiones en las intervenciones a realizar, así como detectar posibles dificultades que puedan ser subsanadas y mejoradas en un futuro, ya sean por la falta de conocimiento, de medios humanos y/o material.

Sería interesante, ante la inminente puesta en marcha por parte de la dirección de nuestro hospital de la LVC, propiciar un estudio posterior para valorar la aceptación por parte de los profesionales y la implicación de éstos, ya que supone un cambio en las costumbres y en la forma de trabajar de todos nosotros. Por supuesto supondría una mejora en la disminución de los efectos adversos, lo que pondría de manifiesto la necesidad de cambiar nuestros hábitos en el tema de la seguridad del paciente.

También planteamos la posibilidad de que en un futuro esta actuación, pueda realizarse en otras áreas del hospital, favoreciendo la disminución de los efectos adversos acontecidos como consecuencia de la atención hospitalaria recibida por los pacientes.

» **Barreras detectadas durante el desarrollo.**

Para no tener una tasa de respuesta muy baja, decidimos contar con todos los profesionales de quirófano, con los criterios de exclusión ya determinados anteriormente, también sopesamos la baja tasa de respuesta a la rotación de los equipos y a su dispersión en el área quirúrgica. Hemos valorado la dificultad que supone un cambio en las costumbres, al abordar una actuación diferente a la habitual. La reacción y la participación ante una nueva situación, es muy diferente entre los profesionales.

Como ya hemos descrito anteriormente, durante el pasado año, la Unidad de Calidad del Hospital, realizó una prueba de pilotaje en tres especialidades quirúrgicas, siendo los resultados de dichas pruebas, un tanto desigual. Actualmente solo se sigue realizando la verificación en uno de ellos, debido a que el mayor soporte para la realización del chequeo, es por parte de la enfermería. Uno de dichos quirófanos cuenta con varias enfermeras dedicadas a dicha especialidad con continuidad, es decir, sin rotación. Los otros dos, cuentan con una única enfermera, y uno de ellos a los tres meses del pilotaje, cambió de ubicación dentro del área quirúrgica.

Consideramos que la puesta en marcha y la continuidad de cualquier proyecto que suponga un cambio en nuestra forma de trabajo, pasa por la colaboración y el esfuerzo de todos los profesionales que integran el equipo quirúrgico, siendo la actitud de éstos p la pieza clave en el éxito de cualquier intervención a realizar.

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

Cualquier estrategia que tenga como finalidad la mejora de la asistencia y el aumento en la calidad de la misma, supone un beneficio para el paciente y su entorno.

En el contacto con el paciente antes de la cirugía, se le informa de los pasos a seguir dentro de la unidad, y durante la entrevista previa, la enfermera circulante le hace partícipe de una información importante para su seguridad y la nuestra, confirmación de su identidad, por su parte y por todos los profesionales, intervención a realizar, lo que conlleva una disminución del temor y la ansiedad en la situación en la que se encuentra.

» **Propuestas de líneas de investigación.**

Consideramos que la implantación de la LVC nos da la posibilidad de abrir otros caminos a la investigación a fin de determinar y valorar otras intervenciones.

Conocer si ha mejorado la seguridad en el área quirúrgica.

Valorar la participación y aceptación por parte de los profesionales de la LVC.

Cómo afecta a la interrelación con los profesionales de fuera del área quirúrgica.

Conocer las dificultades en la realización de la LVC.

**BIBLIOGRAFÍA**

1- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizezat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*; 2009;360:491-9

2- Ministerio de Sanidad y Consumo. Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo BOE 15/01/2009

3- Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Plan Estratégico de Seguridad del Paciente, 2009-2012. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha; 2009.

4- Ministerio de Sanidad y Consumo. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud