

Análisis cultural de los ítems de dos listas de verificación quirúrgica de España y Argentina

Análise cultural dos itens de duas listas de verificação cirúrgica de Espanha e Argentina

Cultural analysis of surgical safety checklist items in Spain and Argentina



Blanca Torres-Manrique^a
 Andreu Nolasco-Bonmati^b
 Loreto Maciá-Soler^b
 Matías Milberg^c
 Alba Noemi Vilca^c
 María José López-Montesinos^d
 Víctor Manuel González-Chordá^e

Como citar este artículo:

Torres-Manrique B, Nolasco-Bonmati A, Maciá-Soler L, Milberg M, Vilca AN, López-Montesinos MJ, et al. Análisis cultural de los ítems de dos listas de verificación quirúrgica de España y Argentina. Rev Gaúcha Enferm. 2016 set;37(3):e56359. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.56359>.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.56359>

RESUMEN

Objetivo: Comparar la concordancia entre dos listas de verificación quirúrgica implantadas en dos hospitales en España y Argentina utilizando como marco de referencia la Clasificación Internacional para la Seguridad de Pacientes.

Método: Estudio basado en el juicio de expertos realizado con un cuestionario ad hoc en soporte electrónico que abarca 7 de las 13 categorías de la Clasificación Internacional para la Seguridad de Pacientes. Participaron 15 expertos en seguridad quirúrgica de cada país, asociando cada ítem de las listas de verificación con las dimensiones seleccionadas. Los datos se analizaron con el programa SPSS V20.

Resultados: Se evidencia un mayor porcentaje de coincidencias con campos relacionados con prevención de eventos críticos. La dimensión Procesos clínicos y procedimientos obtuvo una mayor frecuencia de asignación en ambas listas.

Conclusión: Existe variabilidad en la implantación de las listas de verificación quirúrgica. Los expertos consideran la lista argentina más clara en cada dimensión.

Palabras clave: Enfermería de quirófano. Seguridad del paciente. Quirófanos. Calidad de la atención de salud.

RESUMO

Objetivo: Comparar a concordância entre duas listas cirúrgicas, implantadas em dois hospitais na Espanha e na Argentina, usando como quadro de referência a classificação internacional para a segurança do paciente.

Método: Estudo baseado na opinião de especialistas, realizado através de um questionário ad hoc em formato eletrônico, que inclui 7 das 13 categorias da classificação internacional para a segurança do paciente. Participaram 15 especialistas em segurança cirúrgica de cada país, associando cada item das listas de verificação nas dimensões selecionadas. Os dados foram analisados com o programa SPSS V20.

Resultados: Uma porcentagem mais elevada de coincidências é evidente com domínios relacionados à prevenção de eventos críticos. A dimensão Processos clínicos e procedimentos apresentou uma maior frequência de atribuição em ambas as listas.

Conclusão: Há variabilidade na implantação das listas cirúrgicas de verificação. Especialistas acreditam que a lista da Argentina é mais clara em todas as dimensões.

Palavras-chave: Enfermagem de centro cirúrgico. Segurança do paciente. Salas cirúrgicas. Qualidade da assistência à saúde.

ABSTRACT

Objective: To compare the agreement between two surgical checklists implanted in two hospitals in Spain and Argentina, using the international classification for patient safety as a framework.

Method: This was an expert opinion study carried out using an ad hoc questionnaire in electronic format, which included 7 of the 13 categories of the international classification for patient safety. Fifteen surgical security experts from each country participated in this study by classifying the items on the checklists into the selected ICPS categories. The data were analyzed with SPSS V20 software.

Results: There was a greater percentage of classifications in fields related to the prevention of critical events. The category "clinical processes and procedures" was mentioned most frequently in both lists.

Conclusion: The implementation of the surgical safety checklist is variable. Experts considered that the Argentinian list was clearer in every dimension.

Keywords: Operating room nursing. Patient safety. Operating rooms. Quality of health care.

^a Universidad de Cantabria, Escuela Universitaria de Enfermería "Casa de Salud Valdecilla". Santander, Cantabria, España.

^b Universidad de Alicante, Facultad de Ciencias de la Salud. Alicante, España.

^c Instituto Universitario CEMIC. Buenos Aires, Argentina.

^d Universidad de Murcia, Facultad de Enfermería. Murcia, España.

^e Universidad Jaime I, Facultad en Ciencias de la Salud, Departamento de Enfermería. Castellón de la Plana, España.

■ INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente en el área quirúrgica se impulsó en 2004 por la Organización Mundial para la Salud dentro de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Una de las acciones fue la implantación de la lista de verificación quirúrgica, como herramienta de control de calidad en cada tramo del proceso quirúrgico⁽¹⁾.

La lista de verificación quirúrgica propuesta por la Organización Mundial para la Salud se diseñó para reforzar las prácticas de seguridad, fomentando la comunicación y el trabajo en equipo dentro del área quirúrgica. La lista de verificación quirúrgica incluye 19 ítems divididos en 3 momentos críticos del procedimiento quirúrgico: antes de la inducción anestésica (fase 1), antes de la incisión cutánea (fase 2) y antes de la salida del paciente (fase 3). Todos los ítems de la lista de verificación quirúrgica son medidas de seguridad que el equipo quirúrgico debe revisar y confirmar verbalmente que se han realizado a medida que se desarrolla la intervención quirúrgica. Además, la lista de verificación quirúrgica incorpora un registro de verificación donde queda constancia de las actividades realizadas.

La lista de verificación quirúrgica fue validada en ocho ciudades de distintos países (Toronto, Nueva Delhi, Ammán, Auckland, Manila, Ifakara, Londres y Seattle) entre 2007 y 2008, con una amplia base de datos de pacientes mayores de 16 años de cirugías no cardíacas, al objeto de identificar posibles problemas de aplicación, mejora y aceptación. En el estudio se concluyó que la instauración de la lista de verificación quirúrgica redujo la tasa de complicaciones mayores en hospitalizados del 11% al 7%, y la tasa de mortalidad hospitalaria postquirúrgica se redujo del 1,5% al 0,8%⁽²⁾.

Desde 2009, más de 3.900 hospitales de 122 países participan en la implantación de la lista de verificación quirúrgica. Del total, 1.800 hospitales informan a la Organización Mundial para la Salud del uso habitual de la lista de verificación quirúrgica en la actividad quirúrgica y existe un compromiso gubernamental en 25 países para dotar de los recursos humanos y materiales necesarios que permitan continuar con la implantación de la lista de verificación quirúrgica⁽²⁾.

El diseño y validación de la lista de verificación quirúrgica de la Organización Mundial para la Salud se basó en la simplicidad, aplicabilidad y mensurabilidad de la herramienta. Sin embargo, su elevada difusión y la posibilidad de que cada país y hospital adapte la lista de verificación quirúrgica a su contexto introduce una variabilidad que puede afectar al constructo de la lista de verificación quirúrgica original, así como a su base conceptual, pasando a

ser una herramienta para el control de tareas en lugar de una herramienta de calidad y mejora continua.

Siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial para la Salud, las listas de verificación se adaptaron al contexto en ambos países con variabilidad en aspectos que parece pertinente evaluar. Hasta el momento, no existen otros estudios similares donde se puedan comparen los resultados.

Otro de los retos que asumió la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue el desarrollo la Clasificación Internacional para la Seguridad de Pacientes, con el objetivo de desarrollar una taxonomía sobre seguridad del paciente común a todos los países que permitiese converger en la implantación de estrategias de seguridad⁽³⁾. La Clasificación Internacional para la Seguridad de Pacientes se elaboró en 2006, aunque todavía no se ha finalizado, y está compuesta por diez categorías superiores (Figura 1), que proporcionan una comprensión razonable entre países sobre aspectos relacionados con la seguridad del paciente e incluye conceptos conexos con los

1. Tipo de incidente
 - Administración clínica
 - Proceso clínico/procedimiento
 - Documentación
 - Infección asociada a la atención sanitaria
 - Medicación/líquidos para administración intravenosa
 - Sangre/productos sanguíneos
 - Nutrición
 - Oxígeno/gases/vapores
 - Dispositivos/equipos médicos
 - Comportamiento
 - Accidentes del paciente
 - Infraestructuras/locales/instalaciones
2. Recursos/gestión de la organización
3. Resultados para el paciente
4. Características del paciente
5. Características del incidente
6. Factores/peligros contribuyentes
7. Resultados para la organización
8. Detección
9. Factores atenuantes
10. Medidas de mejora
11. Medidas adoptadas para reducir el riesgo

Figura 1 – Lista de categorías superiores relacionadas con Seguridad de pacientes y tipos de incidentes

que las clasificaciones regionales y nacionales existentes puedan establecer correspondencias.

La necesidad de la Clasificación Internacional para la Seguridad de Pacientes se justifica por las diferencias en el desarrollo de las políticas sanitarias, en concreto con la seguridad del paciente, entre los diferentes países y que guardan relación con aspectos como la organización territorial y la descentralización de las competencias en materia de sanidad. Estos factores pueden influir en la variabilidad de la lista de verificación quirúrgica. Por ejemplo, en Argentina la adaptación de la lista de verificación quirúrgica, se realizó a través de un trabajo de consenso en el seno de la Comisión Nacional Asesora para la Seguridad del Paciente, mientras que en España la implantación de la lista de verificación quirúrgica se plantea como estrategia de calidad desde el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad que cada región debe implantar en el marco de sus competencias en materia de asistencia sanitaria.

La producción científica generada desde la implantación de la lista de verificación quirúrgica está relacionada con la calidad en el grado de cumplimentación, barreras y dificultades de implementación⁽⁴⁾, opinión de pacientes⁽⁵⁾ y prevención de efectos adversos⁽⁶⁾, obteniendo generalmente buenos resultados que recomiendan continuar utilizándola y su implantación en aquellos lugares donde no se utiliza. Sin embargo, en la revisión de la literatura no se han identificado trabajos que analicen la variabilidad de diferentes listas de verificación quirúrgica ni su correspondencia con las categorías de la Clasificación Internacional para la Seguridad de Pacientes.

El objeto de este estudio es comparar la concordancia de dos listas de verificación quirúrgica implantadas en dos hospitales de distintos países (España y Argentina) utilizando como marco de referencia las categorías de la Clasificación Internacional para la Seguridad de Pacientes, desde la perspectiva de los profesionales, para detectar posibles diferencias.

■ METODOLOGIA

Se llevó a cabo un estudio metodológico basado en el juicio de expertos para comparar la concordancia de dos listas de verificación quirúrgica implantadas en un hospital de Cantabria (España) y un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Argentina), con las categorías de la Clasificación Internacional para la Seguridad de Pacientes entre mayo y octubre de 2014. Los métodos de consenso y el juicio de expertos son un conjunto de técnicas de investigación que se utilizan en áreas de incertidumbre o cuando las observaciones experimentales son limitadas⁽⁷⁾,

como ocurre en este trabajo al no encontrar otros previos que aborden el mismo tema de investigación. Una de las lagunas metodológicas en estos métodos es la falta de consenso en cuanto a aspectos como la cantidad de expertos necesarios, los criterios de inclusión o los criterios para valorar el acuerdo o la concordancia en cuanto a las opiniones de los expertos. Estos aspectos se consideraron previamente y se desarrollan en sus respectivos apartados.

Se seleccionaron España y Argentina por el desarrollo de diferentes políticas sanitarias en la implantación de la lista de verificación quirúrgica. En Argentina se trata de una estrategia común a nivel nacional, mientras que en España cada región desarrolla su propia estrategia. La selección de los hospitales participantes fue por conveniencia y se revisaron las dos listas de verificación quirúrgica en cuanto a número de fases del proceso quirúrgico y cantidad de ítems para asegurar su comparabilidad y confirmar que se ajustaban a la lista de verificación quirúrgica propuesta por la Organización Mundial para la Salud. Por otra parte, cabe decir que la responsabilidad de cumplimentar la lista de verificación quirúrgica es del personal de enfermería en España, mientras que Argentina corresponde a las instrumentadoras quirúrgicas.

La cantidad de expertos necesarios en los métodos de consenso varía ampliamente en la literatura siendo una de las principales lagunas metodológicas, aunque en la selección de los expertos es importante considerar aspectos como su experiencia, reputación y disponibilidad⁽⁸⁾. En este estudio participaron 30 expertos de España (n=15) y Argentina (n=15). Se consideraron expertos los profesionales sanitarios que cumplieran con alguno de los siguientes criterios de selección: (i) más de 4 años de experiencia en el área quirúrgica y que trabajaban en los hospitales implicados, (ii) miembros de los Comités de Seguridad Clínica en sus respectivos países, (iii) expertos de reconocido prestigio en la seguridad del paciente en ambos países. Los expertos fueron invitados a participar en el estudio con una carta de presentación y recibieron información sobre la metodología y objetivos de la investigación. Todos los expertos aceptaron participar libremente en la investigación.

Los expertos recibieron por correo electrónico el enlace a dos cuestionarios web diseñados ad hoc para el estudio. Un cuestionario incorporaba los ítems de la lista de verificación quirúrgica del hospital de Cantabria y el otro la lista de verificación quirúrgica del hospital de Buenos Aires y en ambos cuestionarios se introdujeron los 13 tipos de incidente de la categoría superior 1 de la Clasificación Internacional para la Seguridad de Pacientes (Figura 1) agrupados en 7 categorías para facilitar su cumplimentación (Figura 2). De este modo, todos los expertos debían cumplimentar

1. Administración clínica. Documentación
2. Proceso clínico. Procedimiento.
3. Infección relacionada con la atención sanitaria.
4. Medicación /líquidos para administración intravenosa y sangre/productos sanguíneos.
5. Oxígeno/Gases/vapores
6. Comportamiento.
7. Infraestructuras/locales/instalaciones.

Figura 2 – Agrupación de los 13 incidentes de la categoría superior 1 de la Clasificación Internacional para la Seguridad de Pacientes relacionados con la lista en 7 categorías

ambos cuestionarios asociando cada ítem de las listas de verificación quirúrgica de ambos hospitales a la categoría que considerasen correspondiente.

El análisis de concordancia se basó en el porcentaje de acuerdos de los expertos⁽⁹⁾ que clasificaron cada ítem de las dos listas de verificación quirúrgica, española y argentina, en una de las 7 categorías de la Clasificación Internacional para la Seguridad de Pacientes. Para determinar el nivel de concordancia entre los ítems de las listas de verificación quirúrgica y las categorías de la Clasificación Internacional para la Seguridad de Pacientes se establecieron los siguientes niveles: (i) concordancia adecuada (al menos el 50% de los expertos asignaban un ítem a la misma categoría); (ii) concordancia dudosa (entre el 49% y el 25% de expertos asignaban un ítem en la misma categoría); (iii) no clasificable (menos del 25% de expertos asignaban un ítem en la misma categoría). Los datos se analizaron con el Programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS-V20).

Los expertos fueron invitados a participar en el estudio y recibieron información sobre la metodología y objetivos del estudio. Los expertos dieron su consentimiento para participar de forma voluntaria y anónima. Se solicitó autorización a las direcciones de los hospitales implicados en el estudio para poder utilizar sus respectivas listas de verificación quirúrgica en este estudio. Las direcciones de los hospitales implicados no consideraron necesario que la investigación fuese evaluada por los comités de ética e investigación ya se trataba de un estudio basado en el consenso de expertos y no implicó investigación en pacientes ni en profesionales de estos centros. En todo momento se respetó la confidencialidad de los expertos y los hospitales que participaron en el estudio y los principios éticos de la Declaración de Helsinki, así como los principios fundamentales de la bioética: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.

■ RESULTADOS

En la lista de España han obtenido mayor porcentaje de concordancia la primera fase (antes de la inducción anestésica), en la asignación de campos de la lista a cada categoría. La fase última de la lista previa al traslado del paciente (fase 3), ha obtenido menor concordancia.

En la tabla 1, se observa que en la primera fase de la lista, la prevención de eventos críticos por parte del cirujano, anestesista y enfermera, incluye los ítems de mayor porcentaje de concordancia de asignación han tenido en todo el proceso quirúrgico (Tabla 1).

En España, la confirmación verbal del procedimiento quirúrgico es la que mayor porcentaje de concordancia ha obtenido. La comprobación de la enfermera por parte del paciente ha sido el 73,3% y la confirmación de todos los miembros del equipo 70%. Del total de categorías, la que mayor frecuencia ha presentado en la asignación de ítems en cada una de las fases de utilización de la lista es la categoría relacionada con los procesos y procedimientos clínicos. En la lista de Argentina obtuvieron mayor consenso la primera fase (ingreso del paciente) y los ítems relacionados con la prevención de eventos críticos (Tabla 2).

Del total de ítems, los problemas con el instrumental y equipos son los de mayor porcentaje de concordancia obtuvieron (93,3%). La categoría que mayor porcentaje de asignación obtuvo es la de procesos y procedimientos clínicos seguidos de infraestructuras.

En ambas listas (Tabla 3), la categoría procesos y procedimientos clínicos es la que mayor porcentaje total de asignación obtuvo en ambos países. La que menor asignación obtuvo en España fue la categoría medicamentos, productos sanitarios y fluidos y en Argentina la categoría infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

■ DISCUSIÓN

Ambas listas incluyeron las medidas de seguridad de la Organización Mundial para la Salud, sin embargo no se verifica el consentimiento informado en la lista de Argentina. Parece ser una decisión posterior a la adaptación de la lista ya que, en la Resolución N° 28/2012 del Ministerio de Salud de la Nación se sugiere expresamente su inclusión y de hecho en el modelo que se propone en dicha resolución está contemplado.

La literatura reciente relaciona la seguridad quirúrgica con infección, profilaxis antibiótica, estudios de efectividad de técnicas y procedimientos⁽⁹⁻¹⁰⁾, aunque pocos artículos hacen referencia a la cumplimentación de la lista⁽¹¹⁾, sin embargo desde una perspectiva de seguridad quirúrgica, la do-

Tabla 1 – Porcentajes de concordancia entre los diferentes ítems de la lista de verificación quirúrgica y las categorías de la Clasificación Internacional para la Seguridad de Pacientes por el grupo de expertos. España, Cantabria, 2014

Ítem lista de verificación	Porcentaje de concordancia*							Categoría propuesta **
	1	2	3	4	5	6	7	
Presentación equipo	40,0	36,7	3,3	3,3	0,0	6,7	10,0	Dudoso (1,2)
Identidad paciente	13,3	36,7	3,3	0,0	26,7	3,3	16,7	Dudoso (2)
Sitio quirúrgico	10,0	23,3	13,3	0,0	3,3	13,3	36,7	Dudoso (7)
Procedimiento	10,0	6,7	3,3	3,3	0,0	6,7	70,0	7
Anestesiista revisa problemas	13,3	6,7	0,0	10,0	3,3	16,7	50,0	7
Cirujano revisa pasos	16,7	6,7	3,3	0,0	6,7	3,3	63,3	7
Enfermería revisa esterilidad	6,7	0,0	46,7	10,0	6,7	6,7	23,3	Dudoso (3)
Profilaxis antibiótica	3,3	0,0	134,3	30,0	0,0	10,0	13,3	Dudoso (3,4)
Imágenes radiológicas	3,3	3,3	0,0	0,0	23,3	20,0	50,0	7
Identidad paciente	10,0	46,7	0,0	0,0	26,7	10,0	6,7	Dudoso (2,5)
Sitio quirúrgico	10,0	26,7	10,0	0,0	0,0	16,7	36,7	Dudoso (2,7)
Procedimiento	6,7	10,0	0,0	3,3	0,0	6,7	73,3	7
Consentimiento	3,3	26,7	3,3	3,3	43,3	3,3	16,7	Dudoso (2,5)
Señalización sitio	10,0	23,3	0,0	0,0	3,3	6,7	56,7	7
Pulsioxímetro Electrocardiograma, Presión Arterial No Invasiva, Aspiración	3,3	6,7	3,3	6,7	0,0	50,0	30,0	6
Alergias	10,0	30,0	3,3	13,3	10,0	3,3	30,0	Dudoso (2,7)
Vía aérea riesgo aspiración	6,7	10,0	6,7	0,0	0,0	20,0	6,7	7
Riesgo Hemorragia (500ml)	3,3	10,0	0,0	16,7	3,3	13,3	53,3	7
Control seguridad anestesia	6,7	3,3	0,0	0,0	3,3	26,7	60,0	7
Procedimiento	23,3	20,0	0,0	3,3	6,7	6,7	40,0	Dudoso (7)
Recuento instrumental	16,7	10,0	0,0	6,7	6,7	20,0	40,0	Dudoso (7)
Recuento gasas/compresa	23,3	6,7	6,7	13,3	3,3	6,7	140,0	Dudoso (7)
Etiquetado muestras	6,7	13,3	0,0	13,3	36,7	3,3	26,7	Dudoso (5,7)
Recuperación tratamiento	16,7	3,3	0,0	3,3	10,0	6,7	60,0	7
Equipamiento traslado	13,3	3,3	0,0	0,0	3,3	63,3	16,7	6

Fuente: Datos de la investigación, 2014.

*Categorías Clasificación Internacional para la Seguridad de Pacientes: 1. Trabajo en Equipo, 2. Comunicación, 3. Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, 4. Medicamentos, productos sanitarios y fluidos, 5. Documentación y administración clínica, 6. Infraestructuras, dispositivos y equipos, 7. Procesos y procedimientos clínicos.

** Criterios de asignación: Asignación a una categoría si el porcentaje de asignación a esa es superior o igual al 50%. Dudosa si el porcentaje es inferior al 50% y superior al 25% en alguna(s) categoría. No clasificable si el porcentaje es inferior al 25% en todas las categorías.

tación de herramientas estructurales para la seguridad como el caso de los checklist están fuera de discusión. En España, el Sistema Nacional de Salud ha desarrollado una estrategia específica en el Plan Nacional de Calidad denominada “Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud”⁽¹²⁾, que recomienda la implementación de la lista de verificación quirúrgica.

En Argentina, la resolución N° 28/2012 del Ministerio de Salud de la Nación, aprobó la implantación de la lista

de verificación quirúrgica y su manual con las evidencias de calidad respecto de las medidas que incrementan la seguridad quirúrgica⁽¹³⁾. Se reguló su inclusión en la historia clínica con la firma de la enfermera circulante de quirófano en cada una de las fases del acto quirúrgico.

La implementación de las listas ha llevado diferentes ritmos entre los dos hospitales objeto de estudio, aspecto que puede justificar que el grupo de expertos de Argentina considere más clara la asignación de los ítems a las dimen-

Tabla 2 – Porcentajes de concordancia entre los diferentes ítems de la lista de verificación quirúrgica y las categorías de la Clasificación Internacional para la Seguridad de Pacientes por el grupo de expertos. Argentina, Buenos Aires, 2014

Ítem Lista de verificación	Porcentaje de concordancia*							Categoría propuesta**
	1	2	3	4	5	6	7	
Identidad paciente	16,7	26,7	0,0	0,0	36,7	6,7	13,3	Dudosa (2,5)
Tipo Cirugía	10,0	16,7	3,3	0,0	10,0	6,7	53,3	7
Lado	6,7	36,7	0,0	0,0	6,7	6,7	43,3	Dudosa (2,7)
Estudio complementario	0,0	3,3	0,0	3,3	30,0	6,7	56,7	7
Marcación lado	30,0	13,3	0,0	0,0	3,3	3,3	50,0	7
Reserva sangre	6,7	3,3	0,0	60,0	3,3	3,3	23,3	4
Cama Unidad de Tratamiento Intensivo	23,3	16,7	0,0	0,0	23,3	30,0	6,7	Dudosa (6)
Ayuno	20,0	23,3	0,0	3,3	0,0	6,7	46,7	Dudosa (7)
Control equipo anestesia	13,3	6,7	0,0	0,0	0,0	73,3	6,7	6
Oxímetro colocado y funcionando	26,7	6,7	0,0	0,0	0,0	46,7	20,0	Dudosa(1,6)
Alergias	3,3	50,0	0,0	10,0	16,7	3,3	16,7	2
Vía aérea difícil aspiración	26,7	10,0	6,7	0,0	10,0	3,3	43,3	Dudosa (1,7)
Fibro disponible	16,7	3,3	0,0	10,0	0,0	60,0	10,0	6
Profilaxis antibiótica	0,0	3,3	66,7	16,7	0,0	3,3	10,0	3
Esterilidad instrumental	6,7	3,3	56,7	0,0	3,3	23,3	6,7	3
Funcionando equipo necesarios	13,3	0,0	0,0	3,3	6,7	76,7	0,0	6
Materiales prótesis disponibles	0,0	3,3	0,0	23,3	6,7	66,7	0,0	6
Todo equipo presente	83,3	13,3	0,0	0,0	3,3	0,0	0,0	1
Presentación equipo	20,0	70,0	3,3	0,0	0,0	3,3	3,3	2
Control decúbitos y fijación paciente	26,7	6,7	0,0	0,0	0,0	16,7	50,0	7
Cirujano Nombre paciente	3,3	76,7	0,0	3,3	13,3	0,0	3,3	2
Cirujano Paso Operación	10,0	40,0	0,0	3,3	0,0	3,3	43,3	Dudoso (2,7)
Cirujano revisa imprevistos	16,7	23,3	0,0	3,3	3,3	3,3	50,0	7
Cirujano revisa duración	13,3	23,3	6,7	0,0	3,3	0,0	53,3	7
Anestesiólogo revisa problemas	16,7	20,0	0,0	10,0	0,0	0,0	53,3	7
Procedimiento realizado	33,3	3,3	0,0	0,0	3,3	0,0	60,0	7
Recuento instrumental, gasas y agujas	16,7	10,0	3,3	0,0	3,3	13,3	53,3	7
Correcto rotulado muestras	6,7	10,0	0,0	3,3	36,7	3,3	40,0	Dudoso (5,7)
Etiquetado muestras	3,3	6,7	0,0	10,0	43,3	3,3	33,3	Dudoso (5,7)
Problemas instrumental y equipos	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	93,3	3,3	6
Parte quirúrgico	13,3	16,7	0,0	0,0	60,0	3,3	6,7	5
Parte anestésico	13,3	16,7	0,0	0,0	56,7	3,3	10,0	5

Fuente: Datos de la investigación, 2014.

*Categorías Clasificación Internacional para la Seguridad de Pacientes: 1. Trabajo en Equipo, 2. Comunicación, 3. Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, 4. Medicamentos, productos sanitarios y fluidos, 5. Documentación y administración clínica, 6. Infraestructuras, dispositivos y equipos, 7. Procesos y procedimientos clínicos.

**Criterios de asignación: Asignación a una categoría si el porcentaje de asignación a ésta es superior o igual al 50%. Dudosa si el porcentaje es inferior al 50% y superior al 25% en alguna(s) categoría. No clasificable si el porcentaje es inferior al 25% en todas las categorías.

Tabla 3 – Porcentajes totales de asignación de cada dimensión por parte de los expertos

Lista de verificación quirúrgica	Categoría asignada por expertos*						
	1	2	3	4	5	6	7
España	11,46%	14,8%	6%	5,6%	9,06%	14%	39,06%
Argentina	15,52%	17,60%	4,58%	5,10%	12,08%	17,91%	21,18%

Fuente: Datos de la investigación

*Categorías Clasificación Internacional para la Seguridad de Pacientes: 1. Trabajo en Equipo, 2. Comunicación, 3. Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, 4. Medicamentos, productos sanitarios y fluidos, 5. Documentación y administración clínica, 6. Infraestructuras, dispositivos y equipos, 7. Procesos y procedimientos clínicos.

siones de seguridad de pacientes y exista mayor consenso en cuanto a la asignación de ítems a esta dimensión.

En España, esta diferencia puede ser atribuible a que las competencias sanitarias están descentralizadas en las Comunidades autónomas donde se ha implantado de manera global la lista, sin embargo la monitorización de resultados de implementación en ocasiones resulta compleja. Los resultados obtenidos de la concordancia en la lista de verificación española, han sido inferiores a los de Argentina. Este aspecto puede estar relacionado con las diferencias de implementación de la lista entre los dos países y se puede explicar en términos de diferencia legislativa. En España no existe legislación relacionada con el cumplimiento de la lista de verificación y seguridad del paciente y en Argentina sí. Igualmente han existido diferentes estrategias de discusión respecto del texto definitivo de la lista y diferente formación entre las personas con capacidad de decisión en su elaboración.

Existió concordancia entre el grupo de expertos en ambas listas, en la dimensión de procesos y procedimientos que tiene valor al ser una categoría que implica otorgar valor al proceso y en consecuencia controlar la variabilidad. Uno de los objetivos de seguridad de la lista es que coincida la filiación del paciente y cirugía que está prevista con la que se realiza. El grupo de expertos no llegó a un consenso de la categoría en la que se encuentra este ítem, en Argentina asignado en las categorías 2 (comunicación) y 7 (procesos y procedimientos clínicos). La literatura otorga importancia a este ítem en relación con la prevención de este efecto adverso. Un estudio realizado de sentencias judiciales y reclamaciones desde el año 1998 hasta 2010 en Cirugía Ortopédica y Traumatología pone de manifiesto la importancia de este campo en la lista de verificación. Los resultados fueron que el 60% eran errores de lado, el 52% ocurrieron en la rodilla, un 40% fueron artroscopias⁽¹⁴⁾. La lista pretende ser una herramienta para fomentar el trabajo en equipo y la comunicación entre las diversas especialidades y profesionales que intervienen en el proceso quirúrgico, pero ninguno de los expertos asignó los ítems a

estas dos categorías en la lista de España. Esto puede ser atribuible al escaso apoyo institucional, o a la percepción de control de la actividad quirúrgica en lugar de fomento del trabajo en equipo⁽¹⁵⁾.

Existen barreras de implementación como confusión o desconocimientos de cómo utilizar correctamente la lista⁽¹⁶⁾, creencias, actitudes y percepciones individuales que se podrían mejorar con formación⁽¹⁷⁾ y duplicación de los procesos existentes que ya cubrían varios de los ítems de la lista⁽¹⁸⁾. En las listas de verificación quirúrgica de ambos países se observa que se cumplen las características estructurales de la lista, focalización, brevedad, verbal, cooperativa, comprobada, integrada y con revisión sistemática de las medidas de seguridad esenciales. La mayoría de las evaluaciones realizadas a nivel mundial sobre la lista se han realizado desde diferentes perspectivas como los efectos de la implementación⁽¹⁹⁾, efectividad⁽²⁰⁾, perspectivas del paciente⁽²¹⁾, actitudes y percepción de los profesionales⁽²²⁾. En definitiva, la implementación de la lista de verificación quirúrgica depende de la percepción del personal, la formación y el liderazgo efectivo⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Además, la lista se adoptó siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial para la Salud en varios entornos quirúrgicos asociándose con una disminución de las complicaciones quirúrgicas y mejorando la comunicación entre los miembros del equipo.

La comparación de taxonomías entre herramientas para la gestión les otorga validez en la comparabilidad de resultados y están poco estudiadas. Este estudio pone de manifiesto las diferencias de significado conceptual de los ítems entre dos países con una misma lengua. Parece que llegar a validar listas en diferentes lenguas y modelos de gestión, puede aportar mejoras en la implementación de la lista de verificación quirúrgica.

Este estudio está limitado por el ámbito en el que se desarrolla, al centrarse sólo en las listas de verificación quirúrgica de dos hospitales de dos países de habla hispana. Además la subjetividad de los expertos y la cantidad de expertos pueden limitar la generalización de los resultados

obtenidos. Otras limitaciones del estudio se relacionan con la falta de consenso en cuanto a los métodos basado en el juicio de expertos como la cantidad de expertos o los puntos de corte. Por otra parte, los resultados obtenidos sugieren que es importante continuar investigando la variabilidad de la lista de verificación quirúrgica, tanto dentro de cada país donde se implante como entre países que hayan adoptado esta estrategia de seguridad del paciente.

■ CONCLUSIONES

Las adaptaciones de implantación de la lista de verificación quirúrgica incluyen una variabilidad que debe ser tenida en cuenta para introducir modificaciones progresivamente y minimizar la pérdida de fidelidad respecto a la filosofía inicial de la Organización Mundial para la Salud. La lista de verificación quirúrgica de Argentina es considerada por el grupo de expertos más clara en cada una de las dimensiones.

No ha sido posible asignar todos los campos de la lista a dimensiones de la Clasificación Internacional para la Seguridad de Pacientes. Esto sugiere seguir profundizando en la elaboración de listas de verificación para que todas sus dimensiones queden reflejadas con mayor claridad. Estos resultados tienen importantes repercusiones para la docencia, la formación y la gestión. Por una parte la adaptación de las listas de verificación quirúrgica a los contextos en los que se van a utilizar es un paso fundamental en el proceso de validación de herramientas, pero puede suponer tanto una pérdida de fiabilidad, como un uso inadecuado por profesionales y gestores.

■ REFERENCIAS

1. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009: la cirugía segura salva vidas [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009 [citado 2015 mayo 5]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243598598_spa.pdf?ua=1.
2. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009 Jan 29;360(5):491-9.
3. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009 [citado 2015 mayo 5]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.
4. Hannam JA, Glass L, Kwon J, Windsor J, Stapelberg F, Callaghan K, et al. A prospective, observational study of the effects of implementation strategy on compliance with a surgical safety checklist. *BMJ Qual Saf*. 2013 Nov;22(11):940-7.
5. Russ SJ, Rout S, Caris J, Moorthy K, Mayer E, Darzi A, et al. The WHO surgical safety checklist: survey of patients' views. *BMJ Qual Saf*. 2014 Nov;23(11):939-46.
6. Treadwell JR, Lucas S, Tsou AY. Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. *BMJ Qual Saf*. 2014 Apr;23(4):299-318.
7. Utkin LV. A method for processing the unreliable expert judgements about parameters of probability distributions. *Eur J Oper Res*. 2006;175(1):365-98.
8. Escobar-Pérez A, Cuervo-Martínez A. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*. 2008;6:27-36.
9. Rosenthal VD, Maki DG, Mehta Y, Leblebicioglu H, Memish ZA, Al-Mousa HH, et al. International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary of 43 countries for 2007-2012: device-associated module. *Am J Infect Control*. 2014 Sep;42(9):942-56.
10. Rodríguez AE, Palacios I, Rodríguez-Granillo AM, Mieres JR, Tarragona S, Fernández-Pereira C, et al. Comparison of cost-effectiveness of oral rapamycin plus bare-metal stents versus first generation of drug-eluting stents (from the Randomized Oral Rapamycin in Argentina [ORAR] 3 trial). *Am J Cardiol*. 2014;113(5):815-21.
11. Dackiewicz N, Viteritti L, Marciano B, Bailez M, Merino P, Bortolato D, et al. Achievements and challenges in implementing the surgical checklist in a pediatric hospital. *Arch Argent Pediatr*. 2012 Dec;110(6):503-8.
12. Ministerio de Sanidad (SP), Servicios Sociales e Igualdad. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [citado 2014 dic 11]. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>.
13. Ministerio de Salud (AR). Resolución 28/2012, de 23/1/2012. Boletín Oficial de la República de Argentina, n° 32.237, de 27/1/2012.
14. García-Germán D, Sanz J, Canillas F. Cirugía en sitio erróneo en cirugía ortopédica y traumatología estudio de sentencias judiciales y reclamaciones. *Trauma*. 2010;21(4):256-61.
15. Taylor B, Slater A, Reznick R. The surgical safety checklist effects are sustained, and team culture is strengthened. *Surgeon*. 2010;8:1-4.
16. Sewell M, Adebibe M, Jayakumar P, Jowett C, Kong K, Vemulapalli K, et al. Use of the WHO surgical safety checklist in trauma and orthopaedic patients. *Int Orthop*. 2011;35(6):897-901.
17. Levy SM, Senter CE, Hawkins RB, Zhao JY, Doody K, Kao LS, et al. Implementing a surgical checklist: more than checking a box. *Surgery*. 2012;152(3):331-6.
18. Fourcade A, Blache JL, Grenier C, Bourgain JL, Minvielle E. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *BMJ Qual Saf*. 2012 Mar;21(3):191-7.
19. Treadwell JR, Lucas S, Tsou AY. Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. *BMJ Qual Saf*. 2014 Apr;23(4):299-318.
20. Pugel AE, Simianu VV, Flum DR, Patchen Dellinger E. Use of the surgical safety checklist to improve communication and reduce complications. *J Infect Public Health*. 2015 May-Jun;8(3):219-25.

■ Autor correspondiente:

Blanca Torres Manrique
E-mail: torresb@unican.es

Recibido: 27.06.2015
Aprobado: 10.06.2016