

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**REVISIÓN CRÍTICA: IMPACTO EN EL
CUMPLIMIENTO DEL LISTADO DE
VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA**

**INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN CENTRO
QUIRÚRGICO**

AUTORA: Lic. Josselym Romina Becerra Tenorio

Chiclayo, 13 de Noviembre de 2017

**REVISIÓN CRÍTICA: IMPACTO EN EL
CUMPLIMIENTO DEL LISTADO DE
VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA**

POR:

Lic. Josselym Romina Becerra Tenorio

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica
Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN CENTRO
QUIRÚRGICO**

APROBADO POR:

Mgtr. Socorro Martina Guzmán Tello
Presidente de Jurado

Lic. Nancy Marlene Bustamante López
Secretaria de Jurado

Mgtr. Magaly del Rosario Chú Montenegro
Vocal/Asesor de Jurado

Chiclayo, 13 de Noviembre de 2017

INDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I: MARCO METODOLÓGICO	13
1.1 Tipo de investigación	13
1.2 Metodología EBE	14
1.3 Formulación de la Pregunta según esquema PICOT	15
1.4 Viabilidad y pertinencia de la pregunta	16
1.5 Metodología de Búsqueda de Información	17
1.6 Síntesis de la Evidencia encontrada a través de la Guía de Validez y utilidad aparentes de Gálvez Toro	26
1.7 Listas de chequeo específicas a emplear para los trabajos seleccionados	27
CAPITULO II: DESARROLLO DEL COMENTARIO CRÍTICO	28
2.1 Artículo para Revisión	28
2.2 Comentario Crítico	30
2.3 Importancia de los resultados	37
2.4 Nivel de evidencia	37
2.5. Respuesta a la pregunta	37
2.6. Recomendaciones	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXOS	40

DEDICATORIA

A Dios, por ser quien día a día me da las fuerzas para seguir adelante y así poder cumplir mis metas.

Esta investigación se la dedico con todo mi amor a mi papá Armando y mi mamá Yrma, por el gran apoyo que me brindan para ser una mejor persona y sobre todo una profesional de éxito. También a mis hermanos, Percy, Raysa y Axel, por su compañía y cariño.

Josselym

AGRADECIMIENTO

A Dios que me da la oportunidad de vivir junto a una maravillosa familia, por darme salud para cumplir la meta de ser enfermera especialista.

A mi familia, docentes y amigas quiénes me ayudaron a cumplir con la meta de ser enfermera especialista y seguir siendo una mejor persona.

Josselym

RESUMEN

El presente estudio titulado “Impacto en el cumplimiento del listado de verificación de seguridad quirúrgica”, es una investigación secundaria con la metodología Enfermería basada en evidencias; tiene como objetivo: Demostrar cuál es el impacto del cumplimiento de la aplicación del listado de verificación de seguridad quirúrgica para garantizar la seguridad del paciente. La investigación tiene una legítima relevancia científica porque ayudará a mejorar la seguridad del paciente a través del cumplimiento del listado de verificación de seguridad quirúrgica, lo que permitirá brindar continuidad en el cuidado de enfermería. Formulándose la pregunta clínica:¿Cuál es el impacto del cumplimiento del listado de verificación de seguridad quirúrgica en los pacientes para garantizar la efectividad y seguridad de una intervención quirúrgica? Las estrategias de búsqueda se desarrollaron mediante la elección de las palabras clave, accediendo a la base de datos de Pubmed. Se seleccionaron diez artículos a través la lista de chequeo de validez aparente de Gálvez Toro. Para realizar el comentario crítico se utilizó la lista de Caspe. El nivel de evidencia es 1+ y el grado de recomendación es Moderada. La respuesta de la pregunta clínica es que el impacto del cumplimiento del listado de verificación de seguridad quirúrgica es el bajo nivel de morbi - mortalidad, disminuye los errores operatorios, aumenta la seguridad del paciente y mejora la comunicación entre el personal de salud.

Palabras claves: Seguridad del paciente quirúrgico, listado de verificación de seguridad quirúrgica.

ABSTRACT

The present study entitled "Impact on the compliance of the surgical safety checklist", is a secondary investigation with the methodology Nursing based on evidences; aims to: Demonstrate what is the impact of compliance with the application of the surgical safety checklist to ensure patient safety. The research has a legitimate scientific relevance because it will help improve patient safety through compliance with the surgical safety checklist, which will allow continuity in nursing care. Formulating the clinical question: What is the impact of compliance with the checklist of surgical safety in patients to ensure the effectiveness and safety of a surgical intervention? The search strategies were developed by choosing the keywords, accessing the Pubmed database. Ten articles were selected through the checklist of apparent validity of Gálvez Toro. To make the critical comment, the Caspe list was used. The level of evidence is 1+ and the grade of recommendation is Moderate. The answer to the clinical question is that the impact of compliance with the surgical safety checklist is the low level of morbidity and mortality, decreases operative errors, increases patient safety and improves communication among health personnel.

Key words: Surgical patient safety, surgical safety checklist

INTRODUCCIÓN

El profesional de enfermería en el proceso de su formación adquiere competencias en las dimensiones técnicas, personal y social para brindar atención integral al individuo, familia y comunidad incorporando herramientas técnicas, así como, valores personales que evidencien su compromiso de ayuda en la identificación de necesidades y/o problemas, ejecución y evaluación de un plan de cuidados.¹

La seguridad del paciente, es el principio fundamental de atención sanitaria y un componente crítico de la gestión de calidad. Las intervenciones en atención de salud se realizan para beneficiar a los pacientes pero también pueden causar daño. Dentro de los indicadores para la seguridad del paciente de la OMS se identifican 6: identificar correctamente al paciente, mejorar la comunicación efectiva entre profesionales, mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto, reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica y reducir el riesgo de caídas.²

El Institute of Medicine determinó en su ya clásico *To err is human. Building a Safer Health System*, la importancia de la seguridad clínica y es muy importante que los procedimientos clínicos a todos los niveles se dirijan a asegurar que se desarrollan sin complicaciones, ni fallos humanos o errores en el sistema. Este hecho es de especial importancia en el campo de la cirugía, por la complejidad de todos los procedimientos y profesionales implicados en el proceso perioperatorio. Estudios recientes han permitido destacar la relevancia que tiene para la salud pública la carga que supone el volumen actual de actos quirúrgicos que se practican. Este hecho cobra mucha más importancia cuando se estima el porcentaje de pacientes que sufrirá una complicación al someterse a la cirugía. Estos datos han promovido la rápida reacción de la Organización

Mundial de la Salud, que ha establecido su Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente con el lema «La Cirugía Segura Salva Vidas». ³

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa La cirugía segura salva vidas como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico. La iniciativa pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar cuestiones de seguridad importantes, como las prácticas inadecuadas de seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables o la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico. Se ha comprobado que estos problemas son habituales, potencialmente mortales y prevenibles en todos los países y entornos. Para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de sucesos de este tipo, se ha identificado una serie de controles de seguridad que podrían llevarse a cabo en cualquier quirófano. ³

El resultado ha sido la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía, que tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre las distintas disciplinas clínicas. La Lista de verificación no es un instrumento normativo ni un elemento de política oficial; está pensada como herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables. ⁴

La Lista de verificación divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia, el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica, y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano. En cada una de las fases, antes de

continuar con el procedimiento se ha de permitir que el Coordinador de la lista confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas. ⁴

Cada equipo debe buscar la manera de incorporar el uso de la Lista de verificación en su quehacer con la máxima eficiencia, causando los mínimos trastornos y procurando al mismo tiempo completar adecuadamente todos los pasos. Todos los pasos deben ser confirmados verbalmente por el miembro del equipo que corresponda, con el fin de garantizar la realización de las acciones clave.⁴

En el Departamento de Lambayeque, en algunos hospitales tanto del MINSA como ESSALUD, la lista de verificación segura está protocolizada para cada cirugía, pero en la mayoría de veces se observó que no lo realizan en los tiempos estipulados los cuales son: antes de la inducción de la anestesia, antes de la incisión cutánea y antes del que el paciente salga del quirófano, pues la lista de verificación suele ser llenada al final de la cirugía. El personal de salud involucrado incluye a la enfermera instrumentista, enfermera circulante, cirujano y anesthesiólogo. Esta lista de verificación de la seguridad de la cirugía se debería aplicar en el momento intraoperatorio repercutiendo en el paciente que será sometido a intervención quirúrgica y en el personal de salud correspondiente, ya que debe haber una única persona encargada de realizar los controles de seguridad de la Lista de verificación durante una operación. Por lo general, ese “Coordinador de la lista” será un enfermero circulante, pero también podría ser cualquier clínico que participe en la operación. ⁴

Los profesionales se justifican por el tiempo de espera, los cirujanos a veces tienen limitada colaboración verbalizada durante la aplicación de la lista de verificación segura, se preocupan por cumplir las cirugías en el menor tiempo posible para pasar a la otra, sumándose a ello que en ocasiones el profesional no le da el valor correspondiente a la seguridad del paciente al no aplicar la lista de

verificación segura, porque se observó, en la mayoría de casos, a los profesionales de enfermería llenar el listado al finalizar la cirugía; y como consecuencia este es un factor para que la tasa de morbi-mortalidad siga ascendiendo. La correcta aplicación y cumplimiento del listado de verificación de seguridad quirúrgica nos permitirá tener una mejor seguridad del paciente quirúrgico, mejorar los canales de comunicación entre los diferentes profesionales que participan de la cirugía y facilitar la toma de decisiones en forma oportuna para contribuir a la atención continua reduciendo la morbi-mortalidad. Además tener un mejor respaldo legal en los problemas que se podrían suscitar en el transcurso de nuestro ejercicio profesional.

Los profesionales también deben de concientizarse de la importancia de la cumplimentación adecuada en consulta de determinadas solicitudes y documentos que faciliten evitar los eventos adversos. La información adecuada al paciente sobre el curso del proceso que va a seguir, la importancia de cumplir las indicaciones pre-anestésicas tanto del especialista como del anestesista por parte del paciente pueden facilitar el blindaje de su atención. Comprobar el cumplimiento de las prescripciones prequirúrgicas durante las transferencias durante el recorrido del paciente por el proceso a atención y tratamiento de su patología quirúrgica (Ej: al ingreso en planta y URPA (Unidad de recuperación post-quirúrgica)) pueden facilitar corregir el error, evitando detectarlo posteriormente (ya dentro del quirófano) o en su defecto si no se detecta, que el error pudiera llegar a tener lugar. El paciente y su cuidador principal también pueden participar activamente en su propia seguridad. La existencia de un listado que permita al paciente saber cuáles son las indicaciones que debe de seguir adaptadas a su intervención y la posibilidad de ir comprobando que las va realizando correctamente favorecen su seguridad. Incluso la posibilidad de contactar con el centro en caso de incumplimiento añade la posibilidad de detectarlos incluso antes de que el paciente tome contacto físico con el centro hospitalario. ⁵

Frente a esta problemática se formuló la siguiente pregunta clínica: ¿Cuál es el impacto del cumplimiento del listado de verificación de seguridad quirúrgica en los pacientes para garantizar la efectividad y seguridad de una intervención quirúrgica?, el objetivo es: Demostrar el impacto en el cumplimiento del listado de verificación de seguridad quirúrgica. La investigación tiene una legítima relevancia científica porque ayudará a mejorar la seguridad del paciente a través del cumplimiento del listado de verificación de seguridad quirúrgica, lo que permitirá brindar continuidad en el cuidado de enfermería, sobre todo ayudará a las practicas adecuadas de anestesia, reducir infecciones quirúrgicas, elevar la comunicación entre el personal quirúrgico y sobre todo a reducir la morbi – mortalidad quirúrgica. A medida que los equipos quirúrgicos se familiaricen con los pasos de la Lista de verificación, podrán integrar los controles en sus esquemas de trabajo habituales y anunciar en voz alta la ejecución de cada uno de esos pasos sin necesidad de intervención explícita por parte del Coordinador.

También es importante porque a través de ella podemos proporcionar un cuidado integral ya que la enfermera posee el conocimiento necesario para aplicar el listado de verificación de seguridad quirúrgica con el objetivo de prevenir complicaciones operatorias.

El aplicar la lista de verificación no es algo complicado de hacer, solo que a veces por el tiempo no lo realizan en el momento determinado, pero se puede encontrar una mejor manera de manejarla, concientizando al personal quirúrgico y sobre todo para apoyar la práctica de enfermería y la calidad de la intervención quirúrgica para obtener la seguridad de cada paciente.

La función de la Lista de verificación es promover y encauzar una interacción verbal entre los miembros del equipo. El repaso de la Lista de

verificación en equipo es decisivo para su éxito; probablemente será mucho menos eficaz si se utiliza exclusivamente como instrumento escrito.⁶

El objetivo final de la Lista OMS de verificación de la seguridad de la es contribuir a garantizar que los equipos quirúrgicos adopten de forma sistemática unas cuantas medidas de seguridad esenciales, y minimicen así los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro el bienestar y la vida de los pacientes quirúrgicos. La Lista de verificación establece una interacción verbal entre el equipo como vía para confirmar que se garantizan las normas de atención adecuadas para cada paciente.⁷

CAPÍTULO I: MARCO METODOLOGICO

1.1.- Tipo de Investigación:

Toda la investigación puede ser dividida en categorías primaria y secundaria. Entender la diferencia entre la investigación y las fuentes primarias y secundarias es crucial a la hora de utilizar o referirse a las investigaciones y cuestiones científicas, la comprensión de este tema permite a cualquier lector a escrutar mejor cualquier material. Las fuentes secundarias interpretan y analizan fuentes primarias, son textos basados en fuentes primarias, e implican generalización, análisis, síntesis, interpretación o evaluación. Algunos tipos de fuentes secundarias son: libros de texto, artículos de revistas, tesis, manuales, crítica literaria y comentarios.⁸

El presente trabajo de investigación trata de una investigación de tipo secundaria ya que está orientada a interpretar, analizar y a emitir un comentario crítico sobre una fuente de tipo primaria (tesis).

1.2.- Metodología

El presente estudio de investigación se desarrollara mediante la metodología Enfermería Basada en Evidencias (EBE) siguiendo un orden lógico y sistemático el cual consta de 5 fases.9

La primera fase se encontró la formulación de la pregunta clínica: es la primera etapa de cualquier proceso de investigación, para desarrollarse esta investigación en primera instancia de nuestra realidad surgió una duda, interrogante e inquietud sobre el impacto del cumplimiento del listado de verificación de seguridad quirúrgica; pregunta que se fue perfeccionando mediante el esquema PICOT, la cual es: ¿Cuál es el impacto del cumplimiento del listado de verificación de seguridad quirúrgica en los pacientes para garantizar la efectividad y seguridad de una intervención quirúrgica?

Como segunda fase se tuvo la localización de la Información: este es un procedimiento estructurado cuyo objetivo es la localización y recuperación de información relevante para un usuario que quiere dar respuesta a cualquier duda relacionada con su práctica, ya sea esta clínica, docente, investigadora o de gestión. En este punto la investigadora realizó la búsqueda bibliográfica correspondiente sobre los aspectos a considerar para la seguridad del paciente en centro quirúrgico a través del cumplimiento del listado de verificación de seguridad quirúrgica, para lo cual se tuvieron ciertas dificultades ya que no se encontró mucha bibliografía y algunas investigaciones fueron publicadas en otro idioma lo cual dificultó a la investigadora. La base de datos que fue consultada para realizar esta fase fue: Pubmed y Sciencedirect.

En la *tercera fase* se realizó la validación a través de la lectura crítica realizada con la lista de validez y utilidad aparentes de Gálvez Toro. La *cuarta fase* se realiza la implementación, en donde después de analizar los resultados y

considerarlos válidos para mejorar la atención a nuestros pacientes, debemos planificar la implementación de los cambios; existen una serie de dificultades en el momento de la implementación y, por lo tanto, es indispensable desarrollar estrategias, identificar posibles barreras y conocer cuáles son las causas más frecuentes de fracaso para hacerlas frente. Por último la quinta *fase de la evaluación* encontramos que es imprescindible que las decisiones que se tomen en la práctica asistencial se basen en la mejor evidencia empírica. Sin embargo, también es importante que se evalúen estas decisiones después de su aplicación.

La última fase de la EBE es evaluar la repercusión de los cambios introducidos en la práctica, para identificar si éstos han sido o no efectivos. La situación ideal es que la evaluación se lleve a cabo analizando resultados sensibles a las intervenciones de enfermería, con la finalidad de estimar los beneficios, daños y costes de las intervenciones.⁹

1.3.- Formulación de la pregunta según esquema PICOT:

Cuadro Nº 02: Formulación de la Pregunta y Viabilidad		
P	Paciente o Problema	Riesgo quirúrgico en los pacientes al no cumplirse sistemáticamente la aplicación de la lista de verificación de seguridad quirúrgica
I	Intervención	Cumplimiento no sistemático de la lista de verificación de seguridad quirúrgica
C	Comparación o Control	Cumplimiento adecuado de la lista de verificación de seguridad quirúrgica
O	Outcomes o Resultados	-Seguridad del paciente

		<ul style="list-style-type: none"> -Eliminar riesgos de falla de cirugía. -Certeza que es la cirugía adecuada a realizar. - Práctica adecuada de aplicación de anestesia -Eficiente comunicación entre el personal quirúrgico
T	Tipo de Diseño de Investigación	Investigación cuantitativa
Oxford-Centre of Evidence Based Medicine.		

¿Cuál es el impacto del cumplimiento de la aplicación del listado de verificación de seguridad quirúrgica en los pacientes para garantizar la efectividad y seguridad de una intervención quirúrgica?

1.4.- Viabilidad y pertinencia de la pregunta:

La pregunta de esta investigación es muy importante ya que contribuye a mejorar la seguridad del paciente sometido a una intervención quirúrgica reduciendo así la mortalidad y permitiendo la eficacia de procedimientos incluyendo la comunicación entre el personal de salud. Esta pregunta surge de la práctica clínica, además ayuda a mejorar la aplicación correcta del listado de verificación de seguridad quirúrgica en los tres tiempos correspondientes: antes de la inducción de la anestesia, antes de la incisión cutánea y antes del que el paciente salga del quirófano. También es factible de realizar el cumplimiento de este listado porque en cada institución de salud se encuentra protocolizado e incluido en la historia quirúrgica de los pacientes.

Esta investigación y la respuesta a la pregunta contribuye a cubrir una necesidad de formación en los profesionales de salud, sobre todo las enfermeras porque al realizar el correcto cumplimiento del listado de verificación de seguridad quirúrgica no solo le permitirá realizar un buen cuidado de enfermería sino también favorecerá en la mejoría de la morbi-mortalidad en pacientes quirúrgicos.

1.5.- Metodología de Búsqueda de Información:

El proceso que se tuvo en cuenta para la búsqueda de información fue mediante algunas bases de datos consultadas (Pubmed, Scielo, ScienceDirect), el periodo de búsqueda empleado fue de dos meses aproximadamente, las palabras claves empleadas fueron: seguridad del paciente quirúrgico, listado de verificación segura. Los criterios de inclusión fueron seguridad del paciente quirúrgico e investigaciones realizadas dentro de los últimos 5 años; y los criterios de exclusión se consideró investigaciones relacionadas por servicios diferentes de Centro quirúrgico, estudios realizados hace más de 5 años.

Los límites que se tuvieron durante el proceso de investigación fue la poca evidencia de estudios, la mayoría de investigaciones que se tomaron en cuenta que se relacionaban con el tema de interés estuvieron en otro idioma lo cual dificultó al investigador a comprender los hallazgos, el tiempo fue corto para realizar una mejor búsqueda de información y desarrollo de la investigación.

Cuadro N ° 3 Paso 1: Elección de las palabras claves			
Palabra Clave	Inglés	Portugués	Sinónimo
Seguridad	Security	Segurança	Certeza
Del paciente	Of the patient	O paciente	Enfermo
Quirúrgico	Surgical	Cirúrgico	Quirúrgico

Listado	List	Listagem	Lista, relación
Verificación	Check	Verificação	Corroboración

CUADRO N° 4 Paso 2: Registro escrito de la búsqueda				
Base de datos consultada	Fecha de la búsqueda	Estrategia para la búsqueda o Ecuación de búsqueda	N° de artículos encontrados	N° de artículos seleccionados
Pubmed	14 - 01 - 2017	seguridad[All Fields] AND del[All Fields] AND paciente[All Fields] AND quirurgico[All Fields]	3	1
Pubmed	25 - 02 - 2017	seguridad[All Fields] AND del[All Fields] AND paciente[All Fields]	178	1
Science direct	25 - 02 - 2017	http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleListURL&_method=list&_ArticleListID=-1156931172&_sort=r&_st=13&view=c&md5=4b089d01c128a8e3645f9deeade5259a&searchtype=a	43	1

CUADRO N°5 Paso 3: Ficha para recolección Bibliográfica					
Autor (es)	Título Artículo	Revista (Volumen, año, número)	Link	Idioma	Método
Hernández García, M.T. Giménez-Júlvez, M.J. Moreno	Efectividad de una intervención para mejorar la calidad de la cumplimentación del listado de verificación de seguridad quirúrgica en un servicio de cirugía general	Revista de Calidad Asistencial Volume 32, Issue 1, January–February 2017, Pages 58–61	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X16000130	Inglés	Estudio cuasiexperimental
Giles K 1, Mun n Z 1, Aro mataris E 1, Dea kin A 2, Sch ultz T 2, Man del	El uso de listas de verificación de seguridad quirúrgica en los quirófanos de Australia: un estudio observacional	ANZ J Surg. 2016 May 25. doi: 10.1111/ans.13638. [Epubahead of print]	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27225068	Inglés	Estudio observacional

C 3 , Mad dern G 4, 5 , P earson A 1 , Run ciman W 2 .					
A. Vázquez- González a, J.M. Luque- Ramírez b, M. del Nozal- Naldac, C . Barroso- Gutierrez d, M. Román- Fuentesd , A. Vilaplana -Garcia	Efectividad de una intervención para mejorar la cumplimentaci ón del listado de verificación de seguridad quirúrgica en un hospital de tercer nivel	Revista de Calidad Asistencial Volume 31, Supplement 1, June 2016, Pages 24–28	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X16300483	Inglés	Estudio cuasiex perimen tal

Anwer M 1 , Manzoor S 2 , Munir N 3 , Qursheshi S 4	El cumplimiento y la efectividad de la OMS lista de Seguridad Quirúrgica Comprobar: Una Auditoria CCPE	Pak J Med Sci. 2016 Jul-Aug; 32 (4): 831-5. doi: 10.12669 / pjms.324.9884.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27648023	Inglés	Estudio observacional
Gitelis ME1, Kaczynski A1, Shear T1, Deshur M1, Beig M1, Sefam M1, Silvesterstein J1, Ujiki M2.	Mejor cumplimiento de la experiencia de la seguridad de la cirugía Checklist-un sistema regional de salud de la Organización Mundial de la Salud	Am J Surg. 2016 Aug 16. pii: S0002-9610(16)30439-1. doi: 10.1016/j.amsurg.2016.07.024. [Epub ahead of print]	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27692671	Inglés	Estudio observacional
Alloni R , De Benedicis A , Nobile L , Sica	El cumplimiento de los quirúrgicas Lista de verificación de	Ann ChirItal. 2016; 87: 401-405.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27842007	Inglés	Estudio observacional

L , Pensieri C , Sechi MR , D'Aprile M .	seguridad resultados de una auditoría en un hospital universitario en Italia				
Reed S 1 , Gan yani R 1 , Rey R 2 , Pan dit M 3 .	¿Un nuevo método de entrega de la lista de verificación quirúrgica segura a mejorar el cumplimiento? Una auditoría de bucle cerrado	Int J Surg. 2016 Aug; 32: 99- 108. doi: 10.1016 / j.ijsu.2016.0 6.035. Epub 2016 22 de Jun.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27343821	Inglés	estudio observa cional
Biffi WL 1 , Ga llagher AW 1 , Pi eracci FM 1 , Be rumen C 1 .	Cumplimiento subóptimo con listas de verificación de seguridad quirúrgica en Colorado: Un estudio observacional prospectivo	PacienteSaf Surg. 2015 Ene 31; 9 (1): 5. doi: 10.1186 / s13037-014- 0056- z. eCollection 2015.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25642287	Inglés	estudio observa cional

	revela diferencias entre las especialidades quirúrgicas				
Roble SN 1 , de Dave NM , Garasia MB , Par elkarSV .	Quirúrgico lista de control de aplicaciones y su impacto en la seguridad del paciente en cirugía pediátrica.	Todos los niveles J Med. 2015 Abr-Jun; 61 (2): 92-4. doi: 10.4103 / 0.022-3859,150450	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25766340	Inglés	Estudio prospectivo
Saturno PJ 1 , Soría-Aledo V , Da Silva Gama ZA , Lorcía-F Parra , Grau-M Polan	La comprensión de la OMS aplicación lista de verificación quirúrgica: trucos y trampas. Un estudio observacional.	Mundial J Surg. 2014 Feb; 38 (2): 287-95. doi: 10.1007 / s00268-013-2300-6.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24142333	Inglés	Estudio de observación
Secanell M 1 , Orr	Aplicación lista de verificación	Med Clin (Barc). 2014	https://www.ncbi.	Inglés	Estudio multicé

ego C 2 , Vila M 3 , Vall verdú H 4 , Mor a N 2 , Olle rA 5 , Ba ñeres J 2	de seguridad quirúrgica: la experiencia de una fase de puesta en marcha de un proyecto de colaboración en los hospitales de Cataluña, España	Jul; 143 Suppl 1: 17- 24. doi: 10.1016 / j.medcli.2014 .07.007.	nlm.nih.g ov/pubm ed/25128 355		ntrico
Morgan PJ 1 , Cu nningha m L , Mitra S , Wong N , Wu W , Nogu era V , Li M , Semp le J .	Quirúrgico lista de seguridad: aplicación en un centro de cirugía ambulatoria	Can J Anaesth. 201 3 Jun; 60 (6): 528- 38. doi: 10.1007 / s12630-013- 9916-8. Epub 2013 16 de Mar.	https://w ww.ncbi. nlm.nih.g ov/pubm ed/2350 4355	Inglés	Revisió n sistemá tica
Pickering SP 1 , Ro bertson ER , Griff in	El cumplimiento y la utilización de la Organización	Br J Surg. 2013 Nov; 100 (12): 1664- 1670. doi:	https://w ww.ncbi. nlm.nih.g ov/pubm ed/2426	Inglés	Estudio observa cional

D , Hadi M , Morgan LJ , Catc hpole KC , Nueva S , Collins G , McCu lloch P .	Mundial de la Salud lista de comprobación en los quirófanos del Reino Unido	10.1002 / bjs.9305	4792		
Víctor Soria- Aledoa, , , ZeNewto nAndre Da Silvab, P edro J. Saturnob , Marina Grau- Polanc, A ndrés Carrillo- Alcarazd	Dificultades en la implantación del checklist en los quirófanos de cirugía	Cirugía Española Volume 90, Issue 3, March 2012, Pages 180– 185	http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009739X1004349	Inglés	Estudio transver sal, muestre o aleatori o estratifi cado
Un	El efecto de la	DtschArztebl	https://w	Inglés	Revisió

Fudickar 1 , Hörle K , Wiltfa ng J , Bein B .	Lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS sobre la tasa de complicaciones y la comunicación	Int. 2012 Oct; 109 (42): 695- 701. doi: 10.3238 / arztebl.2012. 0695. Epub 2012 19 Oct.	ww.ncbi. nlm.nih.g ov/pubm ed/2326 4813		n sistemá tica
--	---	--	---	--	----------------------

1.6.-Síntesis de la Evidencia encontrada a través de la Guía de Validez y utilidad aparentes de Gálvez Toro: Producto de la Guía de validez, utilidad y aplicabilidad aparente

CUADRO N°6: Síntesis de la evidencia			
Título del Artículo	Tipo de Investigación- Metodología	Resultado	Decisión
1.- El cumplimiento y el uso de la lista de verificación de la Organización Mundial de la Salud en los quirófanos del Reino Unido	estudio observacional	Responde todas las preguntas	Para pasar lista
2.- El cumplimiento y la efectividad de la OMS lista de Seguridad Quirúrgica Comprobar: Una Auditoría CCPE	estudio prospectivo	Responde todas las preguntas	Para pasar lista
3.- El efecto de la Lista de	revisión	Responde	Para

verificación de seguridad quirúrgica de la OMS sobre la tasa de complicaciones y la comunicación.	sistemática	todas las preguntas	pasar lista
---	-------------	---------------------	-------------

1.7.- Listas de chequeo específicas a emplear para los trabajos seleccionados

Cuadro N° 07 : Listas de chequeo según artículo y su nivel de evidencia			
Título del Artículo	Tipo de Investigación- Metodología	Lista empleada	Nivel de evidencia
1-El cumplimiento y el uso de la lista de verificación de la Organización Mundial de la Salud en los quirófanos del Reino Unido	estudio observacional	Caspe	2++
2.-El cumplimiento y la efectividad de la OMS lista de Seguridad Quirúrgica Comprobar: Una Auditoría CCPE	estudio prospectivo	Caspe	2++
3.- El efecto de la Lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS sobre la tasa de complicaciones y la comunicación.	revisión sistemática	Caspe	1+

CAPITULO II: DESARROLLO DEL COMENTARIO CRÍTICO

2.1 Artículo para Revisión

a. Título de la Investigación secundaria que desarrollará: El efecto de la lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS sobre la tasa de complicación y la comunicación. ¹¹

b. Revisor(es): Lic. Enf. Josselym Romina Becerra Tenorio

c. Institución: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo, Lambayeque, Perú.

d. Dirección para correspondencia: belinda_josselym1@hotmail.com

e. Referencia completa del artículo seleccionado para revisión:

Un Fudickar ¹, Hörle K, Wiltfang J, Bein B. The effect of the WHO Surgical Safety Checklist on complication rate and communication. 2012 Oct;109(42):695-701. ¹¹

f. Resumen del artículo original:

Si utilizamos la lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS en los pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica, permitirá brindar un cuidado de calidad al paciente, una reducción relativa estadísticamente significativa de la mortalidad y morbilidad, disminuir los errores operatorios, aumentar la seguridad del paciente y mejorar la comunicación entre el personal de salud, evitando algún error dentro de sala de operaciones, sin dejar de lado que su aplicación no es costosa, no es un procedimiento invasivo y no requiere de una capacitación exhaustiva al

personal de enfermería, además va a ayudar a que el paciente se encuentre libre de peligro operatorio.

El objetivo es examinar la experiencia con la lista de comprobación referente a su efecto sobre la morbilidad y mortalidad perioperatoria y sobre la cultura de seguridad operacional. El diseño es una revisión sistemática ¹⁰. Se realizó en ocho hospitales de diferentes partes del mundo; algunos de estos hospitales proporcionan atención primaria, otros atención completa (terciarios) ¹¹. Los sujetos fueron los pacientes sometidos a cirugía.

La intervención de los Ensayos controlados aleatorios (ECA) es el efecto de la lista de verificación de la OMS sobre el comportamiento relacionado con la seguridad en la sala de operaciones ¹¹. Todos los análisis se realizaron utilizando cuestionarios y entrevistas, En Alemania, la lista de comprobación de la OMS fue presentada y debatida en 2008 en publicaciones en DeutschesÄrzteblatt y DeutschesÄrzteblatt International.

Las principales medidas de resultados fueron la morbilidad y la mortalidad perioperatoria y la comunicación interdisciplinaria ¹¹. Los resultados son la reducción relativa del 36% a la tasa de complicaciones, 62% de la tasa de mortalidad la cual se reveló que el uso de la lista de control de la OMS pudo evitar el 14,9% de todos los errores del lado equivocado. Se encontró una mejora significativa en el conocimiento de los nombres y tareas de los miembros del equipo y de la identidad del paciente, la historia, medicamentos, alergias y una mayor conciencia de seguridad después de la introducción de la lista de la OMS. En la implementación de la lista de chequeo de la OMS encontramos cifras entre el 70% y 90% que manifiestan el llenado completo de dicha lista y que la comunicación mínima puede reflejar la capacidad del equipo para trabajar de manera efectiva y además ayuda a prevenir los conflictos en sala de operaciones. Se ha comprobado que el beneficio medible de las listas de verificación depende de una mejora paralela de la cultura de seguridad y comunicación.¹¹

Las conclusiones son que la lista de verificación debe entenderse no sólo como una lista de artículos que se deben anotar, sino como un instrumento para mejorar la comunicación, el trabajo en equipo y la cultura de seguridad en el quirófano, y en consecuencia debe implementarse. Además, el efecto beneficioso de la lista de verificación de la OMS sobre las tasas de complicaciones operativas indica que una comunicación más intensa con la ayuda de listas de verificación podría mejorar los resultados en otros campos médicos.¹¹

No indica el financiamiento de la investigación y los resultados encontrados en la investigación no afectaron a ningún autor.

- **E-mail de correspondencia de los autores del artículo original:** Axel.fudickar@uksh.de
- **Palabras clave:** no indican palabras claves.

2.2 Comentario Crítico

Para el análisis se usó el programa de lectura crítica Caspe¹², con el cual el título “El efecto de la lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS sobre la tasa de complicación y la comunicación”, se observa el manejo de un lenguaje sencillo y claro, identifica palabras claves, como lista de de verificación de seguridad quirúrgica.

El título es atractivo para los lectores siendo fácil de entender, además cumple con todos los ítems de una investigación, para algunos autores debe describir el contenido, de forma específica y concisa en unas 15 o 20 palabras, de manera que permiten identificar el tema fácilmente, se deben evitar los títulos generales, así como siglas, abreviaturas y palabras ambiguas. Pero en este caso, siendo el título lo primero que se ofrece al lector, utiliza abreviaturas que pueden

ser confundidas por el lector, por lo tanto se debe ser cuidadoso en el vocabulario debido a que el uso de abreviaturas son errores de claridad al formular un título.¹²

El presente resumen incluye antecedentes, fuente de los datos, criterios de elegibilidad de los estudios, participantes e intervenciones, evaluación de los estudios y métodos de síntesis, resultados, conclusiones e implicaciones de los hallazgos principales; número de registro de la revisión sistemática, sin embargo no incluye los objetivos, pero deberían estar presentes porque de acuerdo al autor Josep M García Alamino, es importante tener en cuenta la definición de los objetivos los cuales deben ser concretos, ya que si éste no está clarificado es difícil posteriormente interpretar de forma adecuada los resultados encontrados. Pero el objetivo de una revisión sistemática es contribuir a la mejora de la atención sanitaria, y por lo tanto, esto si se evidencia en los resultados y conclusiones. Así mismo no da a conocer las limitaciones, lo cual puede ser de ayuda para otros investigadores, estas deben estar presentes porque son aspectos importantes donde nos especificarán las restricciones del diseño de ésta y de los procedimientos utilizados para la recolección, procesamientos y análisis de los datos. Así como los obstáculos encontrados en la ejecución de la investigación.¹²

En la introducción se describe lo que se conoce del tema ya que refiere “La mayoría de los errores en áreas donde la seguridad es una preocupación son atribuibles a una comunicación inadecuada y un trabajo en equipo deficiente”, aquí observamos la importancia del problema y la controversia existente sobre la seguridad del paciente, más aún el tema principal el cual es ver el efecto de la lista de verificación de seguridad quirúrgica sobre la tasa de complicación y la comunicación, encontrándose que “las sesiones informativas mejoran la cultura de seguridad” y “que la mejora de la cultura de seguridad debido a la introducción de sesiones informativas perioperatorias se asoció con una

reducción de las tasas de complicaciones en cantidades que van del 4% al 75% dependiendo del centro”. Además, en la introducción se formula la pregunta al problema de forma sobreentendida que fundamenta los motivos que conducen a la realización de la investigación, sin embargo no existe específicamente una interrogante planteada. Los antecedentes se citan en el trayecto de la introducción siendo estos todos aquellos trabajos de investigación que preceden al que se está realizando. Con respecto a la necesidad de realizar una revisión sistemática, hubiese sido mejor profundizar en cuanto a las razones que llevaron al investigador a realizar esta metodología ya que así permitirá obtener una mejor visión a partir de diversa información disponible sobre el tema a estudiar.¹²

En el método de la investigación se utilizaron bases de datos electrónicas PubMed, Cochrane, Google y Medline para buscar ECA hasta el año de 2012. La estrategia de búsqueda final utilizada para cada base de datos se basa en palabras clave ambos solos y combinaciones de los términos "seguridad del paciente", "seguridad del paciente quirúrgico" y "listado de verificación". Se realizó una búsqueda manual de las listas de referencias de los artículos pertinentes.¹²

La investigación presentó criterios de elegibilidad y de exclusión, teniendo en cuenta ciertos estándares establecidos por los autores. Los estudios se consideraron elegibles si cumplían los criterios de inclusión siguientes: (i) diseño del estudio: aleatorio y controlado (ECA); (ii) población: pacientes sometidos a cirugía; (iii) intervención: aplicación de la lista de verificación de la OMS; (iv) comparador: Cumplimiento adecuado de la lista de verificación de seguridad quirúrgica, (v) resultado: Seguridad del paciente, eliminar riesgos de falla de cirugía, certeza que es la cirugía adecuada a realizar, práctica adecuada de aplicación de anestesia, eficiente comunicación entre el personal quirúrgico (vi) años abarcado: todos los artículos publicados antes de febrero de 2012, (vii)

idioma: artículos en inglés. No hicimos uso de un criterio de edad, sexo, etnia, tipo de anestesia o cirugía y cualquier número mínimo de pacientes para su inclusión en esta revisión sistemática. Se excluyeron los estudios si cualquiera de las siguientes existía: (i) el diseño del estudio no aleatorizado; (ii) resultado primario no era el interés de los nuestros; (iii) pacientes que no estén en sala de operaciones, (iv) artículos que no estén en inglés, (v) artículos duplicados.¹²

Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido, en términos de la población encontramos que una búsqueda bibliográfica sobre las evaluaciones de la lista de comprobación de la OMS produjo 187 artículos potencialmente relevantes, y la mostraron los 20 estudios que son analizados, estos incluyeron un solo ensayo prospectivo aleatorio donde la intervención realizada es el efecto de la lista de verificación de la OMS sobre el comportamiento relacionado con la seguridad en la sala de operaciones.¹³

Los autores buscaron los artículos adecuados para realizar la investigación, estos fueron: Efectos sobre la morbilidad y mortalidad perioperatoria, Efectos sobre la cultura de seguridad, Implementación práctica, Aceptación en la sala de operaciones, Errores en la implementación y La lista de verificación en el Centro Médico Universitario Schleswig-Holstein, Campus Kiel. Estos artículos se dirigen al objeto de la revisión sistemática siendo este la implementación de la lista de la OMS y sus efectos sobre la morbi-mortalidad operatoria y la cultura de seguridad del paciente. Además, tiene un diseño adecuado para la pregunta porque en el artículo, los autores ofrecen una visión general de su propia experiencia con la lista de verificación y dan recomendaciones para su uso práctico.¹¹

Los estudios importantes y pertinentes están incluidos en la revisión sistemática, ya que usaron la base de datos de PubMed, teniendo en cuenta que esta base de datos es segura y tiene artículos originales abalados por comités de

ética e investigación. También hay un seguimiento de las referencias y contacto personal con expertos evidenciándose que los autores de la investigación elaboraron una versión modificada de la lista de comprobación de la OMS, la cual fue aplicada en el Centro Médico Universitario Schleswig-Holstein, Campus Kiel. A su vez, esta investigación es una búsqueda con estudios publicados, además; están traducidos del original en alemán por EthanTaub, M.D.¹¹

Los autores de la revisión debieron enfatizar un poco más en los estudios para valorar la calidad de los estudios incluidos, a pesar de que los artículos escogidos por los autores son interesantes, pues nos dan a conocer las consideraciones de rigor que se tuvieron en cuenta en dicha investigación de una manera general, siendo importante informarlo de una manera más clara y detallada debido a que permite que se realice una mala interpretación para la elección de las investigaciones pudiendo confundir a futuros investigadores que desean profundizar sobre dicha línea.¹⁴

Los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado combinable, pero si están claramente presentados, y es razonable realizarlo; porque los estudios son similares entre sí. Tres de los artículos presentados en la investigación están representados en porcentajes y cuatro, son descriptivos. Además están discutidos los motivos de cualquier variación de los resultados porque la lista de verificación de seguridad quirúrgica es una lista que puede estar en constante modificación.¹⁵

El resultado global de la revisión sistemática se considera claro, siendo estos: En las investigaciones realizadas encontramos una mejoría significativa debido a una reducción relativa del 36% a la tasa de complicaciones, así como también el 62% de la tasa de mortalidad la cual se reveló que el uso de la lista de control de la OMS pudo evitar el 14,9% de todos los errores del lado equivocado. Se encontró una mejora significativa en el conocimiento de los nombres y tareas

de los miembros del equipo y de la identidad del paciente, la historia, medicamentos, alergias y una mayor conciencia de seguridad después de la introducción de la lista de la OMS. En la implementación de la lista de chequeo de la OMS encontramos cifras entre el 70% y 90% que manifiestan el llenado completo de dicha lista y que la comunicación mínima puede reflejar la capacidad del equipo para trabajar de manera efectiva y además ayuda a prevenir los conflictos en sala de operaciones. Hay que tener en cuenta que la lista contiene solo los elementos más esenciales y está diseñada para ser implementada. Se ha comprobado que el beneficio medible de las listas de verificación depende de una mejora paralela de la cultura de seguridad y comunicación. Los resultados de la investigación se expresan en NNT (número necesario a tratar), el cual es el número de artículos ECAS a tratar en esta investigación, además significa que en todos los artículos se producen un resultado favorable.

En cuanto a la precisión del resultado, no se pudo observar intervalos de confianza lo cual es de suma importancia debido a que nos permite conocer la probabilidad de acierto de la investigación. Esta nos ayuda a mejorar la interpretación de los resultados obteniendo una base que fundamente la importancia de dicha lista de verificación, ya que los niveles de confianza habituales para los intervalos de confianza son mayor del 95% de la muestra.¹⁶

Se pueden aplicar los resultados en mi medio utilizando la lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS, porque como nos muestra en el estudio estadísticamente baja los niveles de morbi - mortalidad, disminuye los errores operatorios, aumenta la seguridad del paciente y mejora la comunicación entre el personal de salud. Así mismo los pacientes que se encuentran en mi medio no son diferentes a los del estudio debido a que cubren todas las características de la revisión sistemática y no son ajenos a dicha investigación ya que existen diversos tipos de cirugías que se desarrollan en sala de operaciones,

en el cual se debe aplicar la lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS; además como personal de salud, estamos en la obligación de brindar una cirugía segura al paciente que es sometido a una intervención quirúrgica.

Para la toma de decisiones se han considerado todos los resultados obtenidos durante la investigación, debido a que nos muestra una disminución de la mortalidad, morbilidad y de los errores y aumentos de la comunicación entre el personal de salud y seguridad del paciente, lo cual son factores importantes que nos permite brindar un cuidado de calidad en el intraoperatorio porque nosotros como profesionales de enfermería tenemos como objetivo cuidar al paciente. Los resultados amparan la utilización de la lista de verificación de seguridad en todas las cirugías, además esta lista la debemos considerar como un elemento esencial para mejorar la comunicación y el trabajo en equipo y la cultura de seguridad en el quirófano, y en consecuencia debe implementarse según protocolos de cada institución. Se tuvieron en cuenta todos los resultados importantes debido a que dan respuesta a las variables que se dan a estudiar, resaltando los beneficios que nos pueden ayudar a la aplicación de la lista de verificación.¹⁷

El estudio que se ha realizado es beneficioso debido a que mejora de alguna manera las intervenciones quirúrgicas, dando más seguridad, fortaleciendo la comunicación entre el personal, formando un clima de armonía, el cual nos va a permitir de alguna manera llegar a un solo objetivo el cual es brindar un cuidado de calidad y holístico, también que nos permita eliminar los errores quirúrgicos y aumentar seguridad del paciente. Dicha intervención es aplicable debido a que no es costosa, no es un procedimiento invasivo y no requiere de una capacitación exhaustiva al personal de enfermería, además va a ayudar a que el paciente se encuentre libre de peligro operatorio.

2.3. Importancia de los resultados.

El estudio que se ha realizado importante debido a que al aplicar la lista de verificación mejora de alguna manera las intervenciones quirúrgicas, disminuyendo la morbilidad y mortalidad, fortalece la comunicación entre el personal de salud, nos permite eliminar los errores quirúrgicos y aumentar la seguridad del paciente quirúrgico en el intraoperatorio. Dicha intervención es aplicable debido a que no es costosa, no es un procedimiento invasivo y no requiere de una capacitación exhaustiva al personal de enfermería, además es un procedimiento protocolizado.

2.4. Nivel de evidencia.

De acuerdo al nivel de evidencia Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), se determina: 1+, ya que se consideran las revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgo. Y el grado de calidad de las evidencias según Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation GRADE, se clasifica Moderada, porque es para el estudio de revisión sistemática y cuando es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que tenemos en el resultado estimado y que puedan modificar el resultado.¹⁸

2.5. Respuesta a la pregunta

Al realizar un cumplimiento no sistemático de la lista de verificación de seguridad quirúrgica, se obtiene un riesgo quirúrgico en los pacientes. Por lo tanto, lo que se busca es el cumplimiento adecuado de esta lista para obtener como impacto el resultado la seguridad del paciente, eliminar riesgos de falla de cirugía, certeza que es la cirugía adecuada a realizar, práctica adecuada de aplicación de anestesia y eficiente comunicación entre el personal quirúrgico.

Basándonos en la evidencia de esta investigación, se puede afirmar que el impacto del cumplimiento del listado de verificación de seguridad quirúrgica son la reducción del nivel de morbi - mortalidad, disminuye los errores operatorios, aumenta la seguridad del paciente y mejora la comunicación entre el personal de salud.

2.6. Recomendaciones

- A la comunidad investigadora seguir realizando investigaciones científicas sobre la lista de verificación de seguridad quirúrgica para evaluar y controlar cada año los índices de morbilidad y mortalidad.
- A los profesionales del ámbito quirúrgico enfatizar en la seguridad del paciente quirúrgico implementando la lista de verificación de seguridad quirúrgica.
- Se recomienda al personal de salud que aplique los protocolos estandarizados por su institución para cumplir la aplicación de la lista de verificación de seguridad quirúrgica.

Referencia Bibliográfica

1. Evans James R, Lindsay William M. Administración y control de la calidad. 6a ed. 2007. Cap.3- p.107.
2. Mesa Redonda Dr Ricardo Dextre: La Gestión de Procesos para la Seguridad del Paciente en los Servicios [Internet]. Lima-Perú: EsSalud; c2013 [citado 7 mar 2017] Ministerio de salud [35 pg]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/ix_conferencia/25sep/MESA%20REDONDA%20-%20Dr.%20Ricardo%20Dextre.pdf
3. Guiasalud.es [Internet]. España: guiasaludes; 2010 [actualizado 2010; citado 07 mar 2017] Disponible en:

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_478_Seguridad_Paciente_AIAQS_cempl.pdf

4. Andréu J. Investigación en enfermería. Chile: Enferm; 2007.
5. Juntadeandalucia.es [Internet]. Andalucía: Juntadeandalucia.es; 2010 [actualizado 2010; citado 8 mar 2017] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/cirugiasegura/documentos/seguridad_en_ambito_quirurgico.pdf
6. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Suiza: WHO; c2009 [citado 9 mar 2017]. World Health Organization [20 pg]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44233/1/9789243598598_spa.pdf
7. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Francia: WHO; c2008 c2009 [citado 9 mar 2017]. World Health Organization [28 pg]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70083/1/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf
8. Coello P, Rodríguez O, Fargues I. Enfermería Basada en la Evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados. 10 ed. España; 2004.
9. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6° ed. México; 2002.
10. García García José Antonio. Revisiones sistemáticas y meta-análisis. 2° ed. México; 2014.
11. Ncbi.nlm.nih.gov [Internet]. Usa: Pubmed; 2012 [actualizado 19 Oct 2012; citado 10 mar 2017] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3489074/>
12. Gonzales de Dios J, Bruñuel Álvarez JC, Aparicio Rodrigo M. Listas guía de comprobación de revisiones sistemáticas y metaanálisis: Declaración Prisma. Evidpediatr; 2011;7:97.
13. redcaspe.org [Internet]. Alicante: CASPe; 2005 [citado 10 mar 2017]. Disponible en: http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_revision.pdf?file=1%26type=node%26id=154

14. MSc. Franciele Cascaes da Silva, Téc. Beatriz Angélica Valdivia Arancibia, MSc. Rodrigo da Rosa Iop, Dr. Paulo Jose Barbosa GutierrezFilho, Dr. Rudney da Silva. Escalas y listas de evaluación de la calidad de estudios científicos. Rev Cubana. 2013; 24:3.
15. Ana M. Bianco y Elena J. Martínez. Probabilidades y Estadística. Argentina Buenos aires; 2004.
16. Pablo Alonso Coello, Olga Ezquerro Rodríguez, Isabel Fargues García, Josep M^a García Alamino, Mercé Marzo Castillejo, Monserrat Navarra Llorens, Enfermería Basada en la Evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados. Madrid-España. Primera edición; 2004.
17. Gestipolis.com [Internet]. Venezuela: Gestipoliscom; 2005 [actualizado 21 jun 2012; citado 11 mar 2017]. Disponible en: <https://www.gestipolis.com/toma-de-decisiones-teoria-y-metodos/>
18. Drs. Carlos Manterola, D. Daniela ZavandoM. Cómo interpretar los "Niveles de Evidencia" en los diferentes escenarios clínicos. Rev chilena. 2009; 61(6):582-595.

ANEXOS

Anexo N° 1

Cuadro N° 01 : Descripción del Problema		
1	Contexto-Lugar	Centro quirúrgico
2	Personal de Salud	Enfermera instrumentista, enfermera circulante, cirujano y anestesiólogo.
3	Paciente	Paciente sometido a intervención quirúrgica
4	Problema	En nuestro contexto durante la práctica clínica se observa cumplimiento no sistemático de la lista de verificación de seguridad Quirúrgica, a pesar de que está protocolizado para cada intervención quirúrgica, la realidad muestra

		que frecuentemente la aplicación de la lista de verificación segura se realiza al finalizar la cirugía, incumplen con determinadas exigencias metodológicas u orden a seguir en cada tiempo de la aplicación de la lista de verificación segura.
4.1	Evidencias internas: Justificación de práctica habitual	Los profesionales se justifican por el tiempo de espera, los cirujanos a veces tienen limitada colaboración verbalizada durante la aplicación de la lista de verificación segura, se preocupan por cumplir las cirugías en el menor tiempo posible para pasar a la otra, sumándose a ello que en ocasiones el profesional no le da el valor correspondiente a la seguridad del paciente al no aplicar la lista de verificación segura, porque se observa, en la mayoría de casos, a los profesionales de enfermería llenar el listado al finalizar la cirugía; y como consecuencia este es un factor para que la tasa de morbi-mortalidad siga ascendiendo.
4.2	Evidencias internas: Justificación de un cambio de práctica	La correcta aplicación y cumplimiento del listado de verificación de seguridad quirúrgicos permitirá tener una mejor seguridad del paciente quirúrgico, mejorar los canales de comunicación entre los diferentes profesionales que participan de la cirugía y facilitar la toma de decisiones en forma oportuna para contribuir a la atención continua reduciendo la morbi-mortalidad. Además tener

		un mejor respaldo legal en los problemas que se podrían suscitar en el transcurso de nuestro ejercicio profesional.
5	Motivación del problema	Porque es una debilidad constante que se observa en los profesionales de enfermería al aplicar la lista de verificación segura a pesar de estar protocolizado en las instituciones y puede considerarse un documento legal, lo cual impulsa al investigador a querer indagar y conocer más sobre el problema.

Anexo N° 02

Cuadro de validez de Gálvez Toro ARTÍCULO N° 01		
Título de la investigación a validar: El efecto de la Lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS sobre la tasa de complicaciones y la comunicación.		
Metodología: revisión sistemática		
Año: 2012		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Los 20 estudios que analizamos incluyen un único ensayo aleatorizado prospectivo sobre el efecto de la lista de la OMS sobre el comportamiento relacionado con la seguridad en la sala de operaciones. Los dos estudios de resultados quirúrgicos documentaron una mejora relativa de la mortalidad perioperatoria en un 47% en un estudio	Estos resultados apoyan la recomendación de la OMS para utilizar la verificación de la seguridad quirúrgica en todos los procedimientos operativos. La lista

	(de 56 en 3733 casos [1,5%] a 32 en 3955 casos [0,8%]) y en un 62% en el otro (de 31 en 842 casos [3,7%] a 13 en 908 casos [1,4%]), así como una mejora relativa de la morbilidad perioperatoria por 36% en un estudio (de 411 en 3733 casos [11,0%] a 288 en 3.955 casos [7,3%]) y en un 37% en el otro (de 151 en 842 casos [17,9%] a 102 en 908 casos [11,2%]).	de verificación debe ser entendida no sólo como una lista de elementos de comprobación fuera, sino como un instrumento para la mejora de la comunicación, el trabajo en equipo, y la cultura de seguridad en la sala de operaciones, y debe aplicarse en consecuencia
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema? Los hallazgos dan respuesta explícita a su problema o no?	Si es útil porque da respuesta al problema formulado	Resuelve el problema
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?	Si es aplicable ya que es un procedimiento protocolizado, pero actualmente he evidenciado en mis prácticas profesionales que sólo es un trabajo irregular.	Puedo aplicarlo

¿Podemos implantar el cambio?		
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	En el estudio realizado se tuvieron en cuenta los principios éticos demostrando que no hay peligro de daño en las personas de las cuales se aplicó dicho estudio.	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Los hallazgos proceden de una revisión sistemática, hay consistencia en los estudios, el método es el más adecuado para el problema estudiado.	Si

Cuadro Validez y utilidad aparentes ARTICULO N° 2

Título de la investigación a validar: Dificultades en la implantación del checklist en los quirófanos de cirugía

Metodología: Estudio transversal, muestreo aleatorio estratificado

Año: 2012

Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	El listado se encontraba en la historia clínica en 75 casos (83,33%; IC 95%: 78,7-87,5%), y cumplimentado en su totalidad en 25 casos (27,8%; IC 95%: 18,5-37,0%). El porcentaje de ítems cumplimentados fue del 70,1% (IC 95%: 67,9%-72,2%). El porcentaje de cumplimentación varía por hospital desde un 35,8 hasta un 98,9%.	El listado de verificación quirúrgica se utiliza pero no se cumplimenta siempre ni de forma homogénea en todos sus apartados. Además existe una

		variabilidad importante entre los distintos hospitales públicos de la Región de Murcia.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Si es útil porque da respuesta a parte del problema formulado	Resuelve el problema
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio? ¿Podemos implantar el cambio?	Si es aplicable ya que es un procedimiento protocolizado, pero actualmente he evidenciado en mis prácticas profesionales que sólo es un trabajo irregular.	Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	En el estudio realizado se tuvieron en cuenta los principios éticos demostrando que no hay peligro de daño en las personas de las cuales se aplicó dicho estudio.	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Los hallazgos proceden de un estudio transversal, muestreo aleatorio estratificado. Hay consistencia en los estudios el método es el más adecuado para el problema estudiado.	Si

Cuadro Validez y utilidad aparentes ARTICULO N° 3		
Título de la investigación a validar: Una aplicación lista de verificación de seguridad quirúrgica: la experiencia de una fase de puesta en marcha de un proyecto de colaboración en los hospitales de Cataluña, España		
Metodología: estudio multicéntrico, prospectivo, longitudinal (Cohorte)		
Año: 2016		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Un total de 27 hospitales participaron en la estrategia. El porcentaje de ejecución global fue del 48% (IC del 95%, 47,6% -48,4%) durante el período de evaluación. El cumplimiento general de todos los elementos de la SSC incluye en cada etapa fue 75,1% (IC del 95%, 73,5% -76,7%) de la señal en, el 77,1% (95% IC, 75,5% -78,6%) para el tiempo de espera y el 88,3% (IC del 95%, 87,2% -89,5%) para la señal de salida, respectivamente. El cumplimiento individual de cada elemento de la SSC se ha mantenido por encima del 85%, a excepción de la zona quirúrgica marcado con una adhesión del 67,4% (IC del 95%, 65,7% -69,1%)] y el 71,2% (IC del 95%, 69,6% -72,9%)] en el signo y en el tiempo de espera, respectivamente. El SSC se aplicó con éxito a un 48% de las	El cumplimiento global de la SSC fue elevado y la tendencia de intervención se mantuvo estable durante el período de evaluación.

	cirugías realizadas a los hospitales participante	
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema? Los hallazgos dan respuesta explícita a su problema o no?	Si es útil porque da respuesta a parte del problema formulado	Resuelve el problema
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio? ¿Podemos implantar el cambio?	Si es aplicable ya que es un procedimiento protocolizado, pero actualmente he evidenciado en mis prácticas profesionales que sólo es un trabajo irregular.	Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	En el estudio realizado se tuvieron en cuenta los principios éticos demostrando que no hay peligro de daño en las personas de las cuales se aplicó dicho estudio.	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Los hallazgos proceden de un estudio multicéntrico, prospectivo, longitudinal (Cohorte). Hay consistencia en los estudios, el método es el más adecuado para el problema estudiado.	Si

Cuadro Validez y utilidad aparentes ARTICULO N° 4		
Título de la investigación a validar: El cumplimiento y el uso de la lista de verificación de la Organización Mundial de la Salud en los quirófanos del Reino Unido		
Metodología: estudio observacional		
Año: 2013		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	Observación del desempeño lista de la OMS llevó a cabo durante 294 operaciones, en cinco hospitales y 4 especialidades quirúrgicas. Tiempo de espera se intentó en 257 operaciones (87,4 %) y abrir una sesión de ejercicio en 26 (8,8 %). Dentro de tiempo de espera, toda la información se comunicó en 141 (54,9 %), todo el equipo estaba presente en 199 (77,4 %) y se observó la participación activa en 187 (72,8 %) las operaciones. especialidad quirúrgica no afectó de tiempo de espera o señal de salida de frecuencia intento (P = 0,453). la frecuencia de tiempo de espera intento (rango 42-100 %) así como toda la información comunicada (15-83 %), todo el equipo presente (35-90 %) y la participación activa (15-93 %) varió entre hospitales (P <0,001	Cumplimiento significativa con la verificación de la seguridad quirúrgica de la OMS es mucho menor que lo indicado por los datos administrativos. Cumplimiento firmar la salida es generalmente pobre, lo que sugiere la incompatibilidad con las prácticas de trabajo normales teatro. La variación entre los hospitales, pero la consistencia

	para todos).	entre las especialidades estudiadas, lo que sugiere la necesidad de abordar las cuestiones de cultura organizacional
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Si es útil porque da respuesta a parte del problema formulado	Resuelve el problema
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio? ¿Podemos implantar el cambio?	Si es aplicable ya que es un procedimiento protocolizado, pero actualmente he evidenciado en mis prácticas profesionales que sólo es un trabajo irregular.	Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	En el estudio realizado se tuvieron en cuenta los principios éticos demostrando que no hay peligro de daño en las personas de las cuales se aplicó dicho estudio.	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Los hallazgos proceden de un estudio observacional Hay consistencia en los estudios, el método es el más adecuado	Si

	para el problema estudiado.	
--	-----------------------------	--

Cuadro Validez y utilidad aparentes ARTICULO N° 5

Título de la investigación a validar: El cumplimiento y la efectividad de la OMS lista de Seguridad Quirúrgica Comprobar: Una Auditoría CCPE

Metodología: estudio prospectivo

Año: 2016

Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	En 1er año, de 840 procedimientos quirúrgicos, SSC fue debidamente marcados en 172 (20,4%) casos. En segundo año, de 857 procedimientos quirúrgicos se marcaron 303 (35,3%) casos que aumentaron en 3er año de 935 procedimientos quirúrgicos 757 (80,9%) casos y en cuarto año de 932 procedimientos quirúrgicos fueron marcados 838 (89,9%) casos. Ningún (izquierdo o derecho) se observaron complicaciones en los cuatro años. La infección quirúrgica del sitio (SSI) se observó en 59 (7,50%), 52 (6,47%), 44 (4,70%) y 20 (2,12%) casos en 1º, 2º, 3º y 4º respectivamente. SSI en colecistectomías laparoscópicas fue de 41 (20,8%), 45 (13%), 20 (5,68%) y 4	OMS SSC es una herramienta eficaz en la reducción de complicaciones produciendo de este modo en el hospital un resultado favorable. Realización su eficacia mejoraría el cumplimiento.

	(1,12%) en 1º, 2º, 3º y 4º respectivamente. Ningún cambio significativo en las complicaciones respiratorias se observaron en los cuatro años. La tasa de mortalidad también se mantuvo igual en los cuatro años.	
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema? Los hallazgos dan respuesta explícita a su problema o no?	Si es útil porque da respuesta a parte del problema formulado	Resuelve el problema
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio? ¿Podemos implantar el cambio?	Si es aplicable ya que es un procedimiento protocolizado, pero actualmente he evidenciado en mis prácticas profesionales que sólo es un trabajo irregular.	Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	En el estudio realizado se tuvieron en cuenta los principios éticos demostrando que no hay peligro de daño en las personas de las cuales se aplicó dicho estudio.	Si

¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Los hallazgos proceden de un estudio prospectivo, hay consistencia en los estudios, el método es el más adecuado para el problema estudiado.	Si
--	--	----

Cuadro Validez y utilidad aparentes ARTICULO N° 6		
Título de la investigación a validar: Aplicación de lista de verificación quirúrgica y su impacto en la seguridad del paciente en cirugía pediátrica		
Metodología: estudio prospectivo		
Año: 2015		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	No se observaron grandes errores perioperatorias. En 54 (1,8%) pacientes, la lista de verificación no se utiliza en absoluto. En 76 (2,5%) pacientes se encontró que se haya llenado completamente la lista de control.	Nuestro estudio apoya el uso de la lista de verificación como una herramienta esencial de seguridad y refuerzo de la misma. La lista de verificación puede actuar como un indicador valioso para enfocar el equipo, para asegurarse de que incluso las cosas más simples han sido

		atendidas.
<p>¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema? Los hallazgos dan respuesta explícita a su problema o no?</p>	Si es útil porque da respuesta a parte del problema formulado	Resuelve el problema
<p>¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio? ¿Podemos implantar el cambio?</p>	Si es aplicable ya que es un procedimiento protocolizado, pero actualmente he evidenciado en mis prácticas profesionales que sólo es un trabajo irregular.	Puedo aplicarlo
<p>¿Son seguras las evidencias para el paciente?</p>	En el estudio realizado se tuvieron en cuenta los principios éticos demostrando que no hay peligro de daño en las personas de las cuales se aplicó dicho estudio.	Si
<p>¿Son válidos los resultados y los hallazgos?</p>	Los hallazgos proceden de un estudio prospectivo, hay consistencia en los estudios, el método es el más adecuado para el problema estudiado.	Si

Cuadro Validez y utilidad aparentes ARTICULO N ° 7		
Título de la investigación a validar: El cumplimiento de los quirúrgicas Lista de verificación de seguridad resultados de una auditoría en un hospital universitario en Italia.		
Metodología: revisión sistemática		
Año: 2016		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	44 cirujanos y 34 enfermeras quirúrgicas para completar un cuestionario para conocer el cumplimiento de los cirujanos a las diferentes etapas de la lista de verificación y el cumplimiento de cada equipo quirúrgico. 100% de enfermera instrumentista y el 73,7% de los cirujanos completaron el cuestionario. Todos los registros se llenaron correctamente pero podríamos comprobar que mientras que las enfermeras tienen un fuerte compromiso con la SSC, la aplicación de la lista de verificación no está siendo apoyado activamente por todos los miembros del equipo quirúrgico	Gracias a los datos que hemos recogido vamos a mejorar la forma en que se utiliza el SSC y promover el cambio en el comportamiento de los cirujanos. Dieciocho cirujanos (40,9%) expresaron su voluntad de participar en un grupo de trabajo para revisar el SSC y esperamos que su compromiso con la seguridad y la calidad se incrementarán.

¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Si es útil porque da respuesta a parte del problema formulado	Resuelve el problema
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio? ¿Podemos implantar el cambio?	Si es aplicable ya que es un procedimiento protocolizado, pero actualmente he evidenciado en mis prácticas profesionales que sólo es un trabajo irregular.	Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	En el estudio realizado se tuvieron en cuenta los principios éticos demostrando que no hay peligro de daño en las personas de las cuales se aplicó dicho estudio.	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Los hallazgos proceden de una revisión sistemática, hay consistencia en los estudios, el método es el más adecuado para el problema estudiado.	Si

Cuadro Validez y utilidad aparentes ARTICULO N ° 8		
Título de la investigación a validar: Mejor cumplimiento de la experiencia de la seguridad de la cirugía Checklist-un sistema regional de salud de la Organización Mundial de la Salud.		
Metodología: estudio aleatorio observacional		
Año: 2016		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos? Revisa las conclusiones del estudio y podrás dar respuesta a esta pregunta	El cumplimiento se incrementó de 48% (n = 167) al 92% (n = 1,037; p <0,001) después de que el SSC se integró en la historia clínica electrónica. Cirujanos (91% vs 97%, p <0,001), anestesiólogos (89% vs 100%; p <0,001), y las enfermeras (55% vs 93%, p <0,001) demostraron un aumento en el cumplimiento. Una comparación entre los eventos de riesgo en el período pre-y post-implantación mostró una disminución del 32% (P <0,01)	La OMS SSC es una herramienta validada para aumentar la seguridad del paciente y reducir las complicaciones intraoperatorias. El SSC electrónica ha demostrado un aumento de la tasa de cumplimiento, un número reducido de eventos de riesgo, y la mayor parte del personal creemos que tendrá un impacto positivo en la seguridad del paciente.

¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Si es útil porque da respuesta a parte del problema formulado	Resuelve el problema
¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio? ¿Podemos implantar el cambio?	Si es aplicable ya que es un procedimiento protocolizado, pero actualmente he evidenciado en mis prácticas profesionales que sólo es un trabajo irregular.	Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	En el estudio realizado se tuvieron en cuenta los principios éticos demostrando que no hay peligro de daño en las personas de las cuales se aplicó dicho estudio.	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Los hallazgos proceden de un estudio aleatorio observacional, hay consistencia en los estudios, el método es el más adecuado para el problema estudiado.	Si

Cuadro Validez y utilidad aparentes ARTICULO N° 9		
Título de la investigación a validar: Quirúrgico lista de seguridad: aplicación en un centro de cirugía ambulatoria.		
Metodología: revisión sistemática		
Año: 2013		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?	El cumplimiento de las tres secciones de la lista de control, es decir, exposición, tiempo de espera y embarque 99,49%, 97,95% y 96,92%, respectivamente. Hubo bajo cumplimiento en la verbalización de los "elementos ambulatoria-específicos"	Las posibles razones para la falta de absorción e integración incluyen mala "usuario" buy-in, una lista demasiado extensa, y la falta de priorización de los artículos ambulatoria específicos. Un SSC acertada fue desarrollado sobre la base de los resultados de este estudio.
¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?	Si es útil porque da respuesta a parte del problema formulado	Resuelve el problema

¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio? ¿Podemos implantar el cambio?	Si es aplicable ya que es un procedimiento protocolizado, pero actualmente he evidenciado en mis prácticas profesionales que sólo es un trabajo irregular.	Puedo aplicarlo
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	En el estudio realizado se tuvieron en cuenta los principios éticos demostrando que no hay peligro de daño en las personas de las cuales se aplicó dicho estudio.	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Los hallazgos proceden de una revisión sistemática, hay consistencia en los estudios, el método es el más adecuado para el problema estudiado.	Si

Cuadro Validez y utilidad aparentes ARTICULO N° 10		
Título de la investigación a validar: El uso de listas de verificación de seguridad quirúrgica en los quirófanos de Australia: un estudio observacional.		
Metodología: estudio observacional		
Año: 2016		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
¿Cuáles son los resultados o los	Entre los 11 hospitales participantes, en general observó finalización media de	Este es el primer estudio del uso de

hallazgos?	<p>los componentes de la lista de control fue del 27%. Sólo un hospital utiliza el original lista de verificación OMS. Los puntos de la lista que más se observaron para ser estudiados por el personal del quirófano como se ha señalado durante las observaciones fueron: paciente correcto (99%) y el procedimiento (97%), si el paciente tuvo algún tipo de alergia (80%), y si los recuentos de instrumentos eran se realiza correctamente (56%). Los resultados de las observaciones directas en conflicto con el historial médico de auditoría, donde hubo un mayor porcentaje de finalización (86% de avance) en comparación con el 27% observado.</p>	<p>lista de verificación quirúrgica dentro de Australia. Los datos de cumplimiento de las observaciones recogidas diferían notablemente de cumplimiento reportado en los registros médicos</p>
<p>¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema? Los hallazgos dan respuesta explícita a su problema o no?.</p>	<p>Si es útil porque da respuesta a parte del problema formulado</p>	<p>Resuelve el problema</p>
<p>¿Son aplicables los resultados para la</p>	<p>Si es aplicable ya que es un procedimiento protocolizado, pero actualmente he evidenciado en mis</p>	<p>Puedo aplicarlo</p>

resolución del problema en tu medio? ¿Podemos implantar el cambio?	prácticas profesionales que sólo es un trabajo irregular.	
¿Son seguras las evidencias para el paciente?	En el estudio realizado se tuvieron en cuenta los principios éticos demostrando que no hay peligro de daño en las personas de las cuales se aplicó dicho estudio.	Si
¿Son válidos los resultados y los hallazgos?	Los hallazgos proceden de un estudio observacional. Hay consistencia en los estudios, el método es el más adecuado para el problema estudiado.	Si

Anexo N°03

El efecto de la lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS sobre la tasa de complicación y la comunicación

Axel Fudickar, Kim Hörle, Jörg Wiltfang, Berthold Bein

RESUMEN

Antecedentes: En 2009, la Organización Mundial de la Salud emitió una recomendación mundial para el uso de su lista de control de seguridad quirúrgica en todos los procedimientos operativos. En esta revisión, presentamos los datos disponibles sobre la implementación de esta lista de

verificación y su efecto sobre la morbilidad y mortalidad perioperatoria y sobre la cultura de seguridad operacional. También examinamos la experiencia con la lista de comprobación hasta la fecha y damos algunas recomendaciones para su implementación práctica.

Métodos: Se revisaron las publicaciones originales y pertinentes, recuperadas mediante una búsqueda selectiva en las bases de datos PubMed y Medline sobre el término de búsqueda "Lista de verificación de seguridad quirúrgica". Todos los trabajos publicados antes de febrero de 2012 fueron analizados.

Resultados: Los 20 estudios que analizamos incluyeron un solo ensayo prospectivo aleatorio sobre el efecto de la lista de verificación de la OMS sobre el comportamiento relacionado con la seguridad en la sala de operaciones.

Los dos estudios de resultados quirúrgicos documentaron una mejora relativa de la mortalidad perioperatoria por 47% en un estudio (de 56 en 3733 casos [1,5%] a 32 en 3955 casos [0,8%]) y en un 62% en el otro (de 31 en 842 casos [3,7%] a 13 en 908 casos [1,4%]), así como una mejoría relativa de la morbilidad perioperatoria en un estudio (de 411 en 3733 casos [11,0%] a 288 en 3,955 casos [7,3%]) Y en un 37% en el otro (de 151 en 842 casos [17,9%] a 102 en 908 casos [11,2%]). También se encontró una mejor comunicación interdisciplinaria. Los factores que contribuyeron al uso efectivo de la lista de verificación incluyeron la implementación ejemplar por parte de los líderes de equipo y la capacitación estructurada.

Conclusión: Estos resultados respaldan la recomendación de la OMS de utilizar la Lista de verificación de seguridad quirúrgica en todos los procedimientos operativos. La lista de verificación debe entenderse no sólo como una lista de artículos que se deben anotar, sino como un instrumento para

mejorar la comunicación, el trabajo en equipo y la cultura de seguridad en el quirófano, y en consecuencia debe implementarse.

Citar como: Fudickar A, Hörle K, Wiltfang J, Bein B: The effect of the WHO Surgical Safety Checklist on complication rate and communication. DtschArzteblInt 2012; 109(42): 695–701. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0695

La mayoría de los errores en áreas donde la seguridad es una preocupación son atribuibles a una comunicación inadecuada y un trabajo en equipo deficiente (e1). Las estrategias para reducir errores toman esto en cuenta: Es por esto, que por ejemplo, se realizan sesiones informativas antes de los vuelos de la aerolínea (e2). Un briefing es una reunión de equipo en la que se intercambia y comprueba toda la información necesaria para el desempeño conjunto de una tarea (e3, e4). Las sesiones de información en la sala de operaciones mejoran la cooperación, motivación, disciplina y resultados del equipo (e5, e8).

El concepto de cultura de seguridad abarca todas las actividades y comportamientos en un hospital que son relevantes para la seguridad del paciente. Un estudio longitudinal que involucró a 597 trabajadores hospitalarios reveló que las sesiones informativas mejoran la cultura de seguridad, estas fueron cuantificadas por el cuestionario de actitud de seguridad, en aproximadamente 7%, y que la frecuencia de las sesiones de información en la sala de operaciones está correlacionada con la mejora en la seguridad ($r = 0,4$) (E9).

Por otra parte, un estudio multicéntrico reveló que la mejora de la cultura de seguridad debido a la introducción de sesiones informativas perioperatorias se asoció con una reducción de las tasas de complicaciones en cantidades que van del 4% al 75% dependiendo del centro ($r = 0,7$). El entrenamiento general de la comunicación en la sala de operaciones también tiene un efecto beneficioso

sobre la técnica y los resultados (e10). A pesar de estos hallazgos, no se han introducido sesiones de información estructuradas en quirófanos, excepto en un pequeño número de centros (2, e5).

La Lista de verificación de la seguridad quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud

En 2007, la Organización Mundial de la Salud (OMS) redactó una lista de verificación de seguridad quirúrgica para sesiones de información en la sala de operaciones (3, 4, e7). Las 3 partes de la lista de verificación y las instrucciones para su uso se publicaron en el sitio web de la OMS (4).

La realización de sesiones de información requiere que el curso de la anestesia y la cirugía se interrumpa en tres momentos específicos, de modo que la información importante se puede comprobar y comunicar a todos los miembros del equipo: Estas tres veces son inmediatamente antes de la inducción de la anestesia , Inmediatamente antes de la incisión de la piel ("time-out"), e inmediatamente después del cierre de la piel ("sign-out").

El inicio de sesión, realizado por el anestesiólogo, la enfermera anestesista y el paciente, consiste en un control de la identidad del paciente, el procedimiento a realizar y el lado que se va a emplear para la cirugía, y otros puntos relacionados con la anestesia . En el tiempo de espera, se vuelve a verificar la identidad del paciente, se indica el nombre y los roles de todos los miembros del equipo y se comunican todos los aspectos importantes de la operación en sí, incluyendo su duración esperada y la pérdida de sangre esperada. Finalmente, en el inicio de sesión, se comprueban los principales puntos de conclusión, por ejemplo, la corrección del recuento final de esponjas y la finalización de los pedidos postoperatorios.

La lista de comprobación de la OMS se evaluó en un estudio realizado en ocho hospitales de diferentes partes del mundo; algunos de estos hospitales proporcionan atención primaria, otros atención completa (terciarios). 3733 pacientes fueron estudiados en sentido longitudinal y prospectivo antes de la introducción de la lista de la OMS, y 3955 pacientes después. La morbilidad perioperatoria y la mortalidad hasta el momento del alta o dentro de los 30 días posteriores a la cirugía se evaluaron con cuestionarios estandarizados.

Se encontró que la introducción de la lista de verificación tenía los siguientes efectos, independientemente de las características socioeconómicas de los hospitales (5):

- Una reducción relativa estadísticamente significativa de la mortalidad en cirugía mayor en un 47%, de 56 en 3733 casos (1,5%) a 32 en 3955 casos (0,8%)
- Una reducción relativa estadísticamente significativa de morbilidad mayor en un 36%, de 411 en 3733 casos (11%) a 288 en 3955 casos (7%).

Por consiguiente, la OMS recomendó que la lista de verificación se utilizara en todas las operaciones (e11) e integrase en la formación quirúrgica (e12). Esta recomendación ha sido adoptada por muchas sociedades especializadas en cirugía (cuadro).

Se permite la adaptación individual del contenido, la forma y el modo de uso de la lista de verificación a las condiciones locales, siempre y cuando el propósito siga siendo la comunicación estructurada entre los miembros del equipo acerca de la información importante relacionada con el procedimiento.

En Alemania, la lista de comprobación de la OMS fue presentada y debatida en 2008 en publicaciones en *DeutschesÄrzteblatt* (6) y *DeutschesÄrzteblatt International* (e13-e15).

En este artículo presentamos datos sobre la implementación de la lista de control de la OMS y sus efectos sobre la morbilidad operatoria, mortalidad y la cultura de seguridad que se han publicado en artículos originales que aparecieron después del estudio evaluativo inicial. También ofrecemos una visión general de nuestra propia experiencia con la lista de comprobación hasta la fecha y damos recomendaciones para su uso práctico.

Métodos

Se realizaron búsquedas selectivas en las bases de datos PubMed y Medline para artículos que contenían el término "lista de control de seguridad quirúrgica". Todos los artículos publicados antes de febrero de 2012 fueron considerados en la evaluación.

Resultados

Una búsqueda bibliográfica sobre las evaluaciones de la lista de comprobación de la OMS produjo 187 artículos potencialmente relevantes que aparecieron en los últimos cinco años y contenían el término de búsqueda "Lista de control de seguridad quirúrgica".

Artículos originales

Entre las publicaciones recuperadas se encontraban 20 artículos originales sobre estudios que evaluaron el proceso de implementación de la lista de control quirúrgico de la OMS y su efecto sobre la morbilidad operativa, la mortalidad y la cultura de seguridad (Tabla 1). El efecto de la lista de verificación de la OMS sobre el comportamiento relacionado con la seguridad en la sala de operaciones fue objeto de un único estudio controlado aleatorizado. El beneficio que se demostró en los estudios longitudinales sobre morbilidad y mortalidad no se

debió necesariamente al uso de la lista de control de la OMS sola, ya que los resultados pudieron haber sido influenciados positivamente por una tendencia secular independiente de la intervención hacia una menor morbilidad y mortalidad.

Efectos sobre la morbilidad y mortalidad perioperatoria

Después del estudio evaluativo inicial, también se demostró la efectividad de la lista de control de la OMS para los procedimientos de emergencia. Las tasas de complicación de 842 pacientes que se sometieron a una cirugía de emergencia antes de que la lista de control de la OMS se introdujera fueron comparados con los de 908 pacientes que se sometieron a cirugía de emergencia después. Se encontró una mejoría significativa: una reducción relativa del 36% de la tasa de complicaciones, de 151 en 842 casos (18,4%) a 102 en 908 casos (11,7%). Del mismo modo, hubo una reducción relativa estadísticamente significativa del 62% en la mortalidad, de 31 en 842 casos (3,7%) a 13 en 908 casos (1,4%) (7).

Estos hallazgos se confirmaron en un estudio de cohortes retrospectivo en 25 513 pacientes: Se encontró que la eficacia de la lista de verificación estaba correlacionada con la correcta realización del informe (8). Un estudio retrospectivo reveló que el uso de la lista de control de la OMS pudo evitar el 14,9% de todos los errores del lado equivocado (como marcar el lado equivocado) que no llevaron a la cirugía en el lado equivocado y el 85,3% de errores en el lado equivocado que llevaron a la cirugía que se realiza en el lado equivocado (9).

Otro estudio documentó un efecto beneficioso de la lista de verificación sobre la correcta aplicación de las directrices para la prevención de la trombosis (10).

Efectos sobre la cultura de seguridad

El estudio de validación inicial de la lista de control de la OMS fue acompañado por un cuestionario, en el que aproximadamente el 80% de las personas que utilizaron la lista de verificación en el estudio declararon que consideraban que la lista de verificación era simple y pensaban que evitaría errores.

Aproximadamente el 90% dijo que querría utilizar la lista de verificación si se sometían a la cirugía (1). Un año después de que la lista de verificación de la OMS se implementó en dos hospitales suecos, el 93% del personal de tratante declaró que pensaba que la seguridad del paciente aumentaba. El 68% pensó que el uso de la lista de verificación proporcionaba una oportunidad para identificar y resolver problemas (11). En un estudio finlandés, se encuestó al personal tratante mediante un cuestionario antes y después de la introducción de la lista de comprobación de la OMS (288 y 412 encuestados, respectivamente). Una mejora significativa se encontró en su conocimiento de los nombres y las tareas de los miembros del equipo y de la identidad del paciente, la historia, los medicamentos y las alergias. Por otra parte, los cirujanos y anestesiólogos discutieron incidentes críticos más a menudo (12). Estos hallazgos fueron confirmados en un nuevo estudio realizado por el mismo grupo de investigación (13). Un estudio controlado aleatorio también reveló una mayor conciencia de seguridad después de la introducción de la lista de control de la OMS (14).

Implementación práctica

En el Reino Unido, donde la implantación universal de la lista de control de la OMS es oficialmente requerida, sólo dos tercios de todos los hospitales del Servicio Nacional de Salud la han adoptado hasta la fecha para uso obligatorio en todas las operaciones (15).

En Washington, DC, entrevistas estructuradas con cinco jefes de equipo médico revelaron que la calidad de la implementación depende de la capacidad de estos médicos para explicar y demostrar el uso de la lista de verificación (16, 17).

En Francia, en el Hôpital Belle-Isle de Metz, se encontró que la lista de verificación estaba presente en todos los cuadros de pacientes un mes después de su introducción, pero sólo se llenó el 70% de los ítems individuales.

En el hospital universitario de Nancy, la lista de comprobación se encontró en sólo 14 de 28 cuadros de pacientes y sólo el 20% de las listas de control se llenaron completamente. Las brechas fueron encontradas particularmente en la tercera parte de la lista de verificación. En el 25% de las listas se detectaron preocupaciones, en particular con respecto a los defectos materiales y la administración de antibióticos (18).

En un estudio retrospectivo, se encontró que la frecuencia de implementación de la lista de chequeo de la OMS había disminuido del 88% al 76% en su primer año de uso. Se encontró que las dos primeras partes de la lista de comprobación se habían completado con un 90% de completitud y la tercera con un 75% de completitud. Sólo el 18% de todos los ítems de la lista de control de la OMS se comunicaron también en la sala de operaciones (19). Un estudio realizado en Nueva Zelanda reveló que la tercera parte de la lista de verificación estaba completa en sólo el 2% de los casos (20), y un estudio retrospectivo multicéntrico en Francia confirmó este hallazgo.

La frecuencia de los temas que generaron preocupación osciló entre el 1,5% y el 1,9%, entre los que se incluyeron la administración olvidada de antibióticos, el riesgo inesperadamente alto de sangrado, la preparación incompleta y los pedidos incompletos (21). Un estudio adicional mostró que el 2,1% de las

operaciones se inició a pesar de la presencia conocida de los temas que suscitan preocupación en la lista de control de la OMS (22).

Se encontró que la capacitación en la implementación de la lista de chequeo de la OMS en un departamento ortopédico aumentaba la frecuencia de su uso (23).

También se ha estudiado la rentabilidad de la lista de verificación: Se ha comprobado que la prevención de cinco complicaciones graves por año neutraliza el costo de su implementación (24). Un estudio británico mostró que el registro no hace que los pacientes estén más ansiosos, a pesar del temor por hacerlo(25).

Experiencia práctica y recomendaciones

Experiencias prácticas y recomendaciones sobre la aplicación de la lista de control de la OMS

La lista de verificación se reunirá con la aceptación sólo si los jefes de equipo médico

- Lo integran en su concepto de seguridad
- Lo toman en serio, y
- Sirve de ejemplo a los demás mediante el uso por ellos mismos.

Idealmente, la lista de chequeo de la OMS debería formar parte de un plan de seguridad perioperatorio completo que ya incorpora otras listas de verificación que estaban previamente en uso, por ejemplo, el Sistema de Seguridad Quirúrgica para Pacientes (SURPASS) de cuatro columnas (e16, e17).

Un coordinador de lista de verificación por departamento es útil en la implementación de la lista de verificación (17, e18). La educación y la

capacitación (incluyendo un simulador de sala de operaciones) son necesarias para asegurar una implementación apropiada. Se recomienda que una fase piloto comience en una sola sala de operaciones y luego se extienda a todas las otras salas de operaciones del hospital.

La comunicación interdisciplinaria ayuda a prevenir los conflictos en la sala de operaciones sobre la implementación apropiada (e19). Deben ponerse a disposición instrucciones por escrito. También son útiles videos de capacitación que demuestran la implementación de la lista de verificación (e20, e21). Cada departamento quirúrgico puede evaluar el efecto de la lista de verificación mediante el seguimiento de las tasas de complicación antes y después de su implementación, por ejemplo, con la herramienta de disparo global (mide eventos adversos) (e22). Desde el punto de vista médico-legal, la lista de verificación no altera en modo alguno la división del trabajo ni la distribución de responsabilidades en la sala de operaciones. Por lo tanto, la persona que firma la lista de comprobación confirma solamente que fue implementada, no que el contenido es necesariamente correcto (e23). Es cierto, sin embargo, que la documentación de la implementación correcta puede ser relevante en casos de negligencia, donde el incumplimiento de una información podría ser interpretado como negligencia. Esto podría ser más probable que ocurra bajo la Ley de Derechos del Paciente que actualmente se está planificando en Alemania, lo que requerirá, entre otras cosas, que se promueva activamente una cultura de evitación de errores (e24).

Aceptación en la sala de operaciones

Aunque el 90% de los médicos desearían que se utilizara la lista de chequeo de la OMS para someterse a cirugía, ellos mismos, los médicos todavía albergan algunas reservas sobre la lista de control (2). Una objeción común es que algunos de los mismos elementos se comprueban incluso cuando la lista no se utiliza. Sin

embargo, muchos tipos de información no se comunican sistemáticamente y la comprobación repetida aumenta la seguridad (e3). Subyace a esta objeción una concepción estrecha de la lista de chequeo de la OMS como un instrumento con el único fin de verificar una lista de artículos, pasando por alto sus beneficios con respecto a la comunicación ordenada y al trabajo en equipo mejorado.

También pueden surgir problemas si los médicos se consideran infalibles. Aquellos que se encuentran con esa concepción pueden sentirse despreciados por la búsqueda del error potencial que es inherente a la lista de comprobación de la OMS (e25). Además, una cultura de comunicación mínima en la sala de operaciones puede ser un impedimento. La comunicación mínima puede reflejar la capacidad del equipo para trabajar juntos de manera efectiva, en vez del intercambio de sólo unas pocas palabras, sino que también puede aumentar el riesgo de que la información importante se pierda, sobre todo cuando los miembros del equipo deban salir de turno durante el procedimiento o cuando surge una situación inesperada.

La introducción de la lista de verificación de la OMS requiere un nivel de disciplina en la cultura de comunicación del equipo que va mucho más allá de lo que era habitual (14). Reenviar la información en voz alta y presentarse por nombre antes del inicio de la cirugía puede parecer extraño y, para algunos miembros del equipo, incluso vergonzoso (e25).

La lectura de la lista de verificación puede convertirse en un problema de jerarquía versus autonomía si el cirujano operativo comienza a sentir que ha sufrido una pérdida de autoridad al caer bajo el control de las enfermeras de quirófano. Por otra parte, la interrupción del flujo de trabajo por la rueda de instrucciones puede ser molesto. También puede haber objeciones económicas, ya que se puede temer que las operaciones se prolongarán y los costos subirán, a

pesar de que los estudios citados anteriormente demuestran lo contrario (24, e7).

Un equipo que ha tenido alguna práctica en el uso de la lista de verificación puede completar las tres partes de la misma en unos dos minutos.

Errores en la implementación

Al adaptar la lista de verificación a las condiciones locales, hay que tener en cuenta que contiene sólo los elementos más esenciales y está diseñado para ser implementado en menos de dos minutos para que se reúna con la aceptación entre los usuarios previstos (2). Los errores típicos de aplicación son dejar de completar el formulario y procesarlo en ausencia de los miembros del equipo.

También es incorrecto que una sola persona pase todos los elementos de la lista sin comunicar su contenido a otros o proporcionar cualquier oportunidad para un intercambio de información. Verificar simplemente un ítem tras otro es menos útil que beneficiarse de la oportunidad que la lista de verificación proporciona para la discusión colegial de los aspectos críticos de la operación. La lista debe leerse en voz alta en su totalidad y no debe implementarse de memoria. Un problema particularmente grave surge cuando los miembros del personal que ocupan puestos de liderazgo no toman en serio el informe y no sirven de modelo para ayudar a otros a mejorar sus prácticas de comunicación (1, 2). La implementación defectuosa puede fomentar una peligrosa falsa sensación de seguridad y así convertir el efecto positivo de la lista en su opuesto.

Se ha comprobado que el beneficio medible de las listas de verificación depende de una mejora paralela de la cultura de seguridad y la comunicación, pero esto no puede tener lugar si los elementos de la lista son simplemente marcados por rutina (e18).

Los efectos directamente observables de la lista de control de la OMS son la mejora de la verificación de información importante y una mejor comunicación de dicha información a todo el equipo. La lista de verificación también ayuda a dismantelar las barreras jerárquicas a la comunicación, permitiendo una transferencia de información más frecuente (e7). La cooperación de los equipos se ha mejorado considerablemente (e16). La información con asistencia de las listas de verificación ayuda a crear una cultura de trabajo abierta en la que se mejora la formación mediante el intercambio de información, el diálogo y la posibilidad de expresar la propia opinión (e26). El público también ha tomado conocimiento de la lista de control de la OMS. La función ejemplar de los principales médicos y su responsabilidad por la buena comunicación y la creación de equipos se han destacado en los medios de comunicación, al igual que la comprobación de información importante antes de la cirugía (e27-e30).

La lista de verificación en el Centro Médico Universitario Schleswig-Holstein, Campus Kiel

Se elaboró una versión modificada de la lista de comprobación de la OMS en el Centro Médico Universitario de Schleswig-Holstein, en el Campus Kiel, para tener en cuenta las condiciones locales y el contenido divergente. Al final de la lista se agregó un punto titulado "Críticas y sugerencias para la mejora" para proporcionar un tiempo definido en el que se pueden hacer comentarios sobre el curso de la operación. Debajo del título de cada sección de la lista de verificación, los miembros del equipo que son responsables de procesar esa sección de la lista son nombrados, seguido por el resto de los miembros del equipo participante.

Las descripciones de los elementos individuales de la lista de verificación que se siguen han sido considerablemente acortadas, con el fin de acortar el tiempo de lectura. Se han omitido las casillas a marcar. Bajo cada sección de la lista, se ha agregado un campo de firma, para que el miembro del equipo responsable pueda

confirmar que la sección ha sido procesada (Tabla 2). Los videos de entrenamiento de formación sobre la aplicación de la lista se elaboraron para uso interno, se creó un folleto informativo y se organizaron sesiones de formación estandarizadas.

Nuestra lista de verificación se introdujo en un proyecto piloto que comenzó en agosto de 2010 en el Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial en el Centro Médico Universitario de Schleswig-Holstein, Campus Kiel. Después de la implementación exitosa, la lista de verificación se puso en práctica en los departamentos clínicos restantes de la institución.

El efecto de la lista de comprobación de la OMS sobre la cultura de seguridad es objeto de un estudio longitudinal, que se desarrolla actualmente en el Departamento de Neurocirugía del Centro Médico Universitario de Schleswig-Holstein, Campus Kiel.

Conclusión

Los resultados positivos del estudio hasta la fecha, las experiencias positivas reportadas en la práctica clínica y las recomendaciones de las sociedades de especialidades quirúrgicas y de las asociaciones de pacientes deben proporcionar una motivación suficiente para que la lista de control de la OMS se implemente en todos los procedimientos quirúrgicos. La lista de verificación debe entenderse no sólo como una lista de elementos que deben ser comprobados, sino como un instrumento para mejorar la comunicación y la cultura de seguridad en el quirófano y debe implementarse en consecuencia. Además, el efecto beneficioso de la lista de verificación de la OMS sobre las tasas de complicaciones operativas indica que una comunicación más intensa con la ayuda de listas de verificación podría mejorar los resultados en otros campos médicos.

Manuscrito presentado el 8 de febrero de 2012, versión revisada aceptada el 29 de mayo de 2012.

Traducido del original en alemán por EthanTaub, M.D.

Anexo N° 04

PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe Leyendo críticamente la evidencia clínica

10 preguntas para ayudarte a entender una revisión

Comentarios generales

- Hay tres aspectos generales a tener en cuenta cuando se hace la lectura crítica de una revisión:

¿Son válidos esos resultados?

¿Cuáles son los resultados?

¿Son aplicables en tu medio?

- Las 10 preguntas de las próximas páginas están diseñadas para ayudarte a pensar sistemáticamente sobre estos aspectos. Las dos primeras preguntas son preguntas "de eliminación" y se pueden responder rápidamente. Sólo si la respuesta es "sí" en ambas, entonces merece la pena continuar con las preguntas restantes.
- Puede haber cierto grado de solapamiento entre algunas de las preguntas.

- En *itálica* y debajo de las preguntas encontrarás una serie de pistas para contestar a las preguntas. Están pensadas para recordarte por que la pregunta es importante. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder a todo condetalle!
- Estas 10 preguntas están adaptadas de: Oxman AD, Guyatt GH et al, Users' Guides to The Medical Literature, VI How to use an overview. (JAMA 1994; 272 (17):1367-1371)

El marco conceptual necesario para la interpretación y el uso de estos instrumentos puede encontrarse en la referencia de abajo o/y puede aprenderse en los talleres de CASPe:

Juan B Cabello por CASPe. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier; 2015. (ISBN 978-84-9022-447-2)

1

Esta plantilla debería citarse como:

Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I. p.13-17.

A/ ¿Los resultados de la revisión son válidos?

Preguntas "de eliminación"

1. ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?
2. ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?

¿Merece la pena continuar?

Preguntas detalladas

3. ¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?
4. ¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?
5. Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado "combinado", ¿era razonable hacer eso?

B/ ¿Cuáles son los resultados?

6. ¿Cuál es el resultado global de la revisión?
7. ¿Cuál es la precisión del resultado/s?

C/ ¿Son los resultados aplicables en tu medio?

8. ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?
9. ¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?
10. ¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?