

Tesis doctoral:

*“Evaluación realista sobre la implantación
de la Lista de verificación quirúrgica en un
hospital de tercer nivel”*

Presentada por:

Carmen Amaia Ramírez Torres

Dirigida por:

Dra. Azucena Pedraz Marcos

Dra. Maria Loreto Maciá Soler

Castellón de la Plana, Junio 2022





**UNIVERSITAT
JAUME·I**

Programa de Doctorat en / Programa de Doctorado en Ciencias de la Enfermería

Escuela de Doctorado de la Universitat Jaume I

Título de la tesis

“Evaluación realista sobre la implantación de la Lista de verificación quirúrgica en un hospital de tercer nivel”

Memoria presentada por Carmen Amaia Ramírez Torres para optar al grado de doctor/a por la Universitat Jaume I

Doctorando: Carmen Amaia Ramírez Torres

Directora: Azucena Pedraz Marcos

Directora: Maria Loreto Maciá-Soler

Castelló de la Plana, Junio 2022

Financiación

No se declara financiación para la realización de esta obra

Conflictos de interés

La autora declara no tener ningún conflicto de interés



Esta obra está bajo una licencia Creative-Comons Reconocimiento Compartir Igual CC BY-SA

AGRADECIMIENTOS.

Me gustaría dedicar a todas las personas que menciono a continuación la canción de *Help!* de “The Beatles” que es un grito de lo que he sentido en muchas ocasiones durante estos años. He necesitado mucha ayuda académica y moral.

*Now I find I've changed my mind
I've opened up the doors
Help me if you can
I'm feeling down
And I do appreciate you being round
Help me get my feet back on the ground
Won't you please, please help me?*

Porque nunca se deja de aprender gracias a mis directoras Loreto Maciá y, en especial, por todo el camino, desde el inicio del grado en enfermería a Azucena Pedraz.

A mi señal en el camino de la investigación dentro de La Rioja, Félix Rivera y a los miembros de mi equipo de investigación del Centro de Investigaciones Biomédicas de La Rioja (CIBIR).

A todo el personal sanitario que me ha acompañado, cada día demostráis que os merecéis lo mejor. Y a todas las personas que han hecho posible mi investigación dentro del Hospital San Pedro. Con especial mención a Pilar Espinosa que además de supervisar una UMI en tiempos de COVID-19 me ha apoyado moralmente y ha hecho que recopilar todos los datos haya sido posible.

En el ámbito personal hay demasiadas personas a las que agradecer el hecho de que hayan estado conmigo esta etapa de la vida.

Rafa porque no te ha faltado nunca la capacidad de hacerme reír, creer en mí, transmitírmelo y motivarme además de ser un gran cocinero.

A mamá y papá por separado y en conjunto porque a pesar de la distancia sois un ente SIEMPRE presente, estáis aquí y allí, ¿cómo es posible? es una sensación muy potente, hace que puedas con todo.

A Adela, la distancia es grande pero estás siempre aquí.

A toda mi familia de adopción Irene, Santi, Marta y Angelita por tratarme como una más y convertirme en una cuasi-riojana.

A mis manzanitos, porque gracias a ellos pude recordar que la enfermería es el mejor trabajo del mundo y que trabajar con amigos es posible.

A mis madrileñas que son parte de lo que hoy soy.

ÍNDICE.

ABREVIATURAS.	9
ÍNDICE DE FIGURAS.	11
ÍNDICE DE TABLAS.	12
ÍNDICE DE GRÁFICOS.	14
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.	15
RESUMEN.	17
ABSTRACT.	20
INTRODUCCIÓN.	23
Marco teórico.	26
1.1 Seguridad del paciente.	26
1.1.1 Definición.	26
1.1.2 Elementos internos.	31
1.1.3 Cultura de seguridad del paciente.....	33
1.2 Seguridad del paciente en España.	34
1.2.2 Modelos de gestión público-privada en España.	37
1.3 Seguridad del paciente en el quirófano.	39
1.3.1 Antecedentes.....	39
1.3.2 Aspectos ético-legales.	41
1.4 Lista de verificación quirúrgica.	45
1.4.1 Estado actual del tema.	48
Marco metodológico.	56
1.5 La evaluación realista en el contexto sanitario.	56
JUSTIFICACIÓN.	58
2.1 La evaluación realista en la implantación de la LVQ.	59
2.2 Planteamiento del problema.	60
2.2.1. La evaluación realista como modelo de evaluación.	60
2.2.2 Entorno hospitalario.	61
OBJETIVOS.	63

3.1 Objetivo general.....	63
3.2 Objetivos específicos.....	63
METODOLOGÍA.....	65
4.1 Diseño del estudio y pertinencia del método.	65
4.2 Evaluación realista: en torno a la investigación.	69
4.2.1 Fase 1. Evaluación del contexto.	69
4.2.2 Fase 2. Evaluación del mecanismo.....	75
4.2.3 Fase 3. Evaluación de los resultados.	80
4.2.4 Información de los resultados de la evaluación realista.	83
RESULTADOS.....	85
5.1 Contextualización: área quirúrgica del Hospital San Pedro.....	85
5.2 Contextualización y evaluación de la implantación del Listado de Verificación Quirúrgica: a través de los mandos intermedios.	87
5.2.1 Datos descriptivos de las entrevistas.	88
5.2.2 La seguridad del paciente: un análisis contextualizado.....	89
5.2.3 La seguridad del paciente quirúrgico: un análisis contextualizado.	98
5.2.4 Los programas de implantación de la LVQ: un análisis contextualizado.	119
5.3 Explorando el mecanismo: resultados de seguridad del paciente a través de los profesionales del área quirúrgica.....	129
5.4 Análisis del resultado: a través de los indicadores de cirugía segura.....	135
5.4.1 Variable descriptiva: número de intervenciones quirúrgicas.	135
5.4.2 Variable resultado: “porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado la LVQ”.....	139
5.4.3 Diferencias por servicios y años de las variables: “número de intervenciones realizadas” y “porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado la LVQ”.	147
5.4.4 Resultados de correlaciones directas entre “número de intervenciones realizadas” y “porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado la LVQ”.	148
5.4.5 Variable resultado: “Mortalidad postoperatoria”.	151
5.4.6 Resultados de las “reintervenciones en cirugía programada”	153
5.4.7 Variable resultado: “ratio de reintervenciones en cirugía programada”.	155
5.4.8 Relaciones entre variables de proceso y resultado: “porcentaje de cumplimentación de la LVQ” y “reintervenciones de cirugía programada”.	159
.....	161
DISCUSIÓN.....	162

6.1 Contribuciones teóricas.....	162
6.1.1 Seguridad del paciente: relevancia.	164
6.1.2 La Lista de verificación quirúrgica (LVQ).....	168
6.1.3 Indicadores de cirugía segura.	178
6.2 Implicaciones para la práctica.	184
6.3 Líneas futuras de investigación.	185
6.4 Limitaciones y fortalezas.	186
.....	188
<i>CONCLUSIONES</i>.....	189
<i>REFERENCIAS</i>.....	193
<i>ANEXO 1</i>.....	209
<i>ANEXO 2</i>.....	217
<i>ANEXO 3</i>.....	218
<i>ANEXO 4</i>.....	221
<i>ANEXO 5</i>.....	226

ABREVIATURAS.

AEC: Asociación Española de Cirujanos

AHQR: Agency for HealthCare Research and Quality

AORN: Association of perioperative registered nurses

APEAS: Estudio de efectos adversos en atención primaria

CCAA: comunidades autónomas

CMBD: Conjunto mínimo básico de datos

CMO: context, mechanism and outcomes

COVID19: Enfermedad del coronavirus

CRW: Crew Resource Management

EARCAS: Estudio de eventos adversos en residencias y centros asistenciales
socio-sanitarios

EEUU: Estados Unidos

ENEAS: Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la Hospitalización

GMA: Grupos de morbilidad ajustados

GRD: Grupos relacionados por diagnóstico

GTT: Global trigger tool

HSP: Hospital San Pedro

IBEAS: Estudio sobre la seguridad de los pacientes en hospitales de Latinoamérica

KT: Knowledge translation

LVQ: Listado de verificación quirúrgica

MSSI: Ministerio de Servicios Sociales e Igualdad

OMS: Organización Mundial de la Salud

ORL: otorrinolaringología

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

SiNASP: Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente

SIS: Sistemas de información sanitaria

SNS: Sistema Nacional de Salud

SYREC: Estudio de incidentes y efectos adversos en medicina intensiva

TEAMSTEPPS: Team Strategies & Tools to Enhance Performance and Patient Safety

TNP: Teoría de Normalización del Proceso

TRR: Teoría de la Regulación de la Respuesta

UE: Unión Europea

UCI: Unidades de Cuidados Intensivos

ÍNDICE DE FIGURAS.

Figura 1. Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la seguridad del paciente.	31
Figura 2. Modelo de "queso suizo" de Reason.	33
Figura 3. Objetivos para mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS.	35
Figura 4. Lista de verificación de la seguridad de la cirugía (1ª edición).....	45
Figura 5. Descripción de fases y estrategias de implantación.....	50
Figura 6. Traducción del modelo de componentes de la teoría de normalización del proceso.	51
Figura 7. Fases de la investigación según el modelo CMO.	68
Figura 8. Guion temático de las entrevistas semiestructuradas.....	73
Figura 9. Fortalezas percibidas por los profesionales de la LVQ.	103
Figura 10. Momentos de implantación de la LVQ.....	119
Figura 11. Síntesis de los resultados del "Cuestionario sobre seguridad del paciente".....	134
Figura 12. Evaluación realista del funcionamiento de la LVQ en el contexto quirúrgico a través del modelo CMO.	163
Figura 13. Acciones de mejora en el contexto quirúrgico de estudio.	184

ÍNDICE DE TABLAS.

Tabla 1. Líneas estratégicas de la seguridad del paciente del SNS.....	35
Tabla 2. Tipo de eventos adversos según ENEAS.	36
Tabla 3. Tipos de eventos adversos quirúrgicos según modelos de gestión público-privada.....	38
Tabla 4. Legislación relevante dentro de la seguridad del paciente nacional.	42
Tabla 5. Codificación de participantes de las entrevistas semiestructuradas.	74
Tabla 6. Recodificación de variables cuestionario fuente.....	78
Tabla 7. Fiabilidad de las dimensiones contenidas en el cuestionario.	79
Tabla 8. Descripción de los indicadores seleccionados programa cirugía segura SNS.	81
Tabla 9. Intervenciones programadas con hospitalización.....	86
Tabla 10. Características de los participantes.	87
Tabla 11. Temas, subtemas y códigos de las entrevistas semiestructuradas.....	89
Tabla 12. Número de intervenciones 2015-2019 dentro de los servicios incluidos.....	136
Tabla 13. Número de intervenciones realizadas en los servicios seleccionados 2015-2019	137
Tabla 14. Porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les aplica la LVQ.	139
Tabla 15. Evolución de los niveles de cumplimentación de la LVQ por servicios 2015-2019.....	142
Tabla 16. Rho de Spearman. Correlaciones de “intervenciones realizadas” y “porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado la LVQ” por servicios.....	148
Tabla 17. Rho de Spearman. Correlaciones de variables por años (2015-2019).	150
Tabla 18. Porcentaje de exitus postquirúrgicos 2016-2020.	152
Tabla 19. Correlación de Pearson entre las variables "intervenciones realizadas" y “reintervenciones en cirugía programada” en los servicios de cirugía general y traumatología.....	154
Tabla 20. Resultado del indicador "ratio de reintervenciones en cirugía programada" por servicios (2016-2019).....	156
Tabla 21. Rho de Spearman. Variable “porcentaje de cumplimentación de la LVQ” y “reintervención en cirugía programada” por servicio quirúrgico.....	159

Tabla 22. Rho de Spearman. Variable “porcentaje de cumplimentación de la LVQ” y “reintervención en cirugía programada” por años de 2016-2019.160

ÍNDICE DE GRÁFICOS.

Gráfico 1. Participantes totales de los cuestionarios de “Cultura de Seguridad del Paciente”	129
Gráfico 2. Servicios participantes.	130
Gráfico 3. Años de experiencia dentro de la categoría profesional de las entrevistas analizadas.	131
Gráfico 4. Años de experiencia dentro del área quirúrgica de las entrevistas analizadas.	131
Gráfico 5. Intervenciones quirúrgicas por semanas de todos los servicios durante el año 2019.	135
Gráfico 6. Nivel de cumplimentación por servicios año 2016.	143
Gráfico 7. Nivel de cumplimentación por servicios año 2019.	143
Gráfico 8. Nivel de cumplimentación por años del servicio de cirugía general.	144
Gráfico 9. Nivel de cumplimentación por años del servicio de cirugía traumatológica.	145
Gráfico 10. Nivel de cumplimentación por años del servicio de cirugía urológica.	145
Gráfico 11. Nivel de cumplimentación por años del servicio de cirugía ginecológica y obstetricia.	146
Gráfico 12. Relación entre variables “número de intervenciones” y “reintervenciones en cirugía programada” (2016-2019).	153
Gráfico 13. Ratio de reintervenciones cirugía general. 2016-2019.	157
Gráfico 14. Ratio de reintervenciones traumatología. 2016-2019.	157
Gráfico 15. Ratio de reintervenciones urología. 2016-2019.	158
Gráfico 16. Ratio de reintervenciones ginecología y obstetricia. 2016-2019.	158

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.

Ilustración 1. Porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado la LVQ. Indicador de proceso "Cirugía Segura".	139
Ilustración 2. Mortalidad postoperatoria. Indicador de resultado "Cirugía segura"....	151
Ilustración 3. Ratio de reintervenciones en cirugía programada. Indicador de resultado "Cirugía Segura".	155

RESUMEN

RESUMEN.

Antecedentes. En 2009, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló un programa llamado “Cirugía Segura, salva Vidas” cuya principal herramienta es la lista de verificación quirúrgica (LVQ). La LVQ permite evitar eventos adversos prevenibles, disminuir la mortalidad, morbilidad y, además, es una herramienta de comunicación estructurada. Sin embargo, su éxito depende de la cultura de seguridad del paciente existente en el área quirúrgica. En este sentido, las teorías del comportamiento explican en gran medida el funcionamiento de la herramienta. De hecho, Treadwell, en 2014, sugirió tres conclusiones muy importantes para el planteamiento de este proyecto: la primera fue que la LVQ se implanta como una estrategia dentro de un programa, por tanto, los beneficios pueden no estar únicamente relacionados con su uso, sino que dependan del programa; en segundo lugar, es posible que no se esté realizando una adecuada monitorización de indicadores; y, en tercer lugar, a consecuencia de las dos anteriores, existe la posibilidad de que no todas las LVQ sean beneficiosas. Este estudio permite evaluar el programa de implantación valorando los aspectos más positivos y negativos y creando resultados que guíen la toma de decisiones efectivas.

Objetivos. El objetivo principal es evaluar de forma realista la situación actual de la LVQ en un hospital de tercer nivel a través de sus profesionales. Para la consecución de este objetivo principal, primero desarrollaremos los siguientes objetivos específicos: (1) analizar el contexto concreto de implantación y evaluación de la LVQ dentro de un hospital de tercer nivel: cuándo, cómo y quién, a través de los mandos intermedios, (2) analizar la situación actual del sentimiento de cultura de seguridad del paciente en los profesionales del área quirúrgica, (3) evaluar las posibles relaciones que existen entre la cultura de seguridad del paciente, los indicadores de cirugía segura y, las estrategias de implantación y evaluación

Metodología. Se desarrolla una evaluación realista que permitió el desarrollo de una metodología mixta con el fin de conocer en profundidad el contexto de estudio. Para su consecución se llevaron a cabo las siguientes fases dirigidas por el modelo contexto, mecanismo y resultado (CMO): (0) una scoping review previa a que el investigador profundizara en el contexto concreto (1) una evaluación del contexto desarrollada a través de entrevistas semiestructuradas a mandos intermedios, (2) una evaluación del mecanismo a través del “Cuestionario de seguridad de los pacientes” realizado a los profesionales del área quirúrgica y (3) una evaluación de los resultados obtenidos en los

indicadores de cirugía: porcentaje de cumplimentación, mortalidad postoperatoria y reintervenciones quirúrgicas.

Resultados. De los resultados obtenidos de las fases que corresponden al modelo CMO debemos diferenciarlos por fases. En primer lugar, en cuanto al conocimiento del contexto se realizaron 11 entrevistas de las cuáles se obtuvo una visión global de las percepciones en torno a: seguridad del paciente, cultura de seguridad de los pacientes, LVQ, barreras y facilitadores más relevantes. Además, se obtuvo información sobre la percepción de los protagonistas con respecto a los distintos programas de implantación desarrollados en torno a la LVQ. En segundo lugar, al analizar el contexto a través de los profesionales quirúrgicos se obtuvieron en la percepción de oportunidades de mejora en cuanto al apoyo de la dirección, apoyo de la gerencia del hospital, feedback, comunicación y percepción global en seguridad del paciente. Y, en tercer y último lugar se analizó el grado de cumplimentación sobre el que se ha observado una evolución positiva desde el año 2015 hasta el año 2019, en algunos servicios del 0,19% al 79,90%; la mortalidad postoperatoria que ha obtenido resultados en la misma línea que el grado de cumplimentación disminuyendo del 1,5% (2016) al 1,19% (2019) y la ratio de reintervenciones quirúrgicas de lo que también se observó un descenso relacionado con niveles altos de cumplimentación en algunos servicios del 0,62% (2016) al 0,55% (2019).

Discusión. La mayoría de los resultados obtenidos en este estudio se comparten con otros similares. Sin embargo, la variabilidad es una constante incluida en todos ellos. Tanto los resultados cuantitativos como cualitativos de este estudio son altamente complejos e imposibles de extrapolar, a pesar de esta circunstancia, un análisis profundo permite realizar programas desarrollar programas de implantación efectivos que influyen directamente en el desarrollo de la seguridad del paciente.

Conclusiones. Este estudio pone de manifiesto la importancia de la seguridad del paciente que requiere del compromiso de todos los profesionales desde la gestión hasta la asistencia. Uno de los hallazgos más importantes es la necesidad de especificar el diseño de programas de implantación efectivos para herramientas como la LVQ a través de indicadores estandarizados. También se concluye que el contexto quirúrgico es un complejo marco de relaciones e interrelaciones que deben considerarse a través de metodologías mixtas en todas las políticas de salud.

ABSTRACT

ABSTRACT.

Background. In 2009, the World Health Organization (WHO) promoted a program "Safe Surgery, Saves Lives" whose main tool is the surgical safety checklist (SSC). The SSC makes it possible to avoid preventable adverse events, reduce mortality, morbidity and, in addition, it is a structured communication tool. However, its success depends on the culture of patient safety that exists in the surgical area. In this sense, behavioral theories largely explain how the tool works. In fact, Treadwell, in 2014, suggested three very important conclusions for the approach of this project: the first was that the SSC is implemented as a strategy within a program, therefore, the benefits may not only be related to its use, but it depends on the program; secondly, it is possible that indicators are not being properly monitored; and thirdly, as a consequence of the previous two, there is the possibility that not all SSCs are beneficial. This study allows evaluating the implementation program, assessing the most positive and negative aspects and creating results that guide effective decision-making.

Objectives. The main objective is to realistically evaluate the current situation of the SSC in a tertiary hospital through its professionals. To achieve this main objective, we will first develop the following specific objectives: (1) Analyze the specific context of implementation and evaluation of the SSC within a tertiary hospital: when, how and who, through middle managers, (2) analyze the current situation of the feeling of culture of patient safety in the professionals of the surgical area, (3) evaluate the possible relationships that exist between the culture of patient safety, the indicators of safe surgery and, the implantation strategies and evaluation

Methodology. A realistic evaluation is developed that allowed the development of a mixed methodology in order to know in depth the study context. To achieve this, the following phases were carried out, guided by the context, mechanism and result (CMO) model: (0) a scoping review prior to the researcher delving into the specific context (1) an evaluation of the context developed through semi-structured interviews with middle managers, (2) an evaluation of the mechanism through the "Patient Safety Questionnaire" carried out with professionals in the surgical area and (3) an evaluation of the results obtained in the surgery indicators: percentage of compliance , postoperative mortality and surgical reinterventions.

Results. From the results obtained from the phases that correspond to the CMO model, we must differentiate them by phases. In the first place, regarding the knowledge of the

context, 11 interviews of the competent were carried out, obtaining a global vision of the perceptions around: patient safety, patient safety culture, surgical checklist, barriers and most relevant facilitators. In addition, information was obtained on the perception of the protagonists regarding the different development programs developed around the SSC. Second, when analyzing the context through the surgical professionals, the perception of opportunities for improvement was obtained in terms of management support, hospital management support, feedback, communication and global perception of patient safety. And, in third and last place, the degree of compliance was analyzed, on which a positive evolution has been observed from 2015 to 2019, in some services from 0.19% to 79.90%; postoperative mortality that has obtained results in the same line as the degree of compliance, decreasing from 1.5% (2016) to 1.19% (2019) and the ratio of surgical reinterventions, which also shows a decrease related to levels compliance rates in some services from 0.62% (2016) to 0.55% (2019).

Discussion. Most of the results obtained in this study are shared with other similar ones. However, convenience is a constant included in all of them. Both the quantitative and qualitative results of this study are highly complex and impossible to extrapolate, despite this circumstance, an in-depth analysis allows programs to develop effective implementation programs that directly influence the development of patient safety.

Conclusions. This doctoral thesis highlights the importance of patient safety, which requires the commitment of all professionals, from management to care. One of the most important findings is the need to specify the design of effective implementation programs for tools such as the SSC through standardized indicators. It is also concluded that the surgical context is a complex framework of relationships and interrelationships that must be considered through mixed methodologies in all health policies.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN.

Para la investigación de esta tesis doctoral la seguridad del paciente que es un término en constante evolución se utiliza como marco teórico. La seguridad del paciente es según la Organización Mundial de la Salud (OMS) una disciplina que surge con el aumento de la complejidad de los sistemas de atención en salud y tiene por objetivo prevenir y reducir los riesgos, errores o daños que puedan afectar a la salud de los pacientes(1). Desde las últimas décadas del siglo XX y comienzos del siglo XXI se conocen las cifras del impacto relacionadas con efectos adversos de la hospitalización y también, aunque en menor cuantía, de otros ámbitos como la atención primaria de salud.

En España, los estudios Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la Hospitalización (ENEAS) y Estudio de Eventos Adversos relacionados con Atención Primaria (APEAS) orientan sobre la pertinencia de intervenir desde los diferentes sistemas de salud en la mejora de la calidad relacionada con la seguridad del paciente (2,3).

En el marco de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, la OMS lanzó en 2008, el segundo reto mundial, “La cirugía segura salva vidas” que incluye diferentes líneas de trabajo como la seguridad anestésica, la prevención de la infección de la herida quirúrgica o la medición de datos quirúrgicos entre otras (4).

Dentro de las líneas de trabajo del reto “La cirugía segura salva vidas” se desarrolló la implantación de una herramienta de mejora de la comunicación entre miembros del equipo quirúrgico, para el entorno perioperatorio. Esta herramienta es conocida como lista de verificación quirúrgica (LVQ) que, a modo de checklist, favorece la implicación del equipo en el acto quirúrgico con objeto de controlar y tratar de disminuir los efectos adversos de la cirugía. (5).

La LVQ se ha implantado con distintos formatos y en distintos momentos y ha tenido que adaptarse a entornos hospitalarios diferentes en distintas partes del mundo (6–8).

España fue uno de los primeros países de la Unión Europea (UE) en poner en marcha la LVQ e incluirla en su plan de calidad (9). Por su parte, cada comunidad autónoma

(CCAA) en uso de sus competencias incluye la cumplimentación de la LVQ en los protocolos quirúrgicos desde 2004 con sucesivas modificaciones hasta hoy (10). Incluso, durante la actual pandemia COVID-19 se han realizado adaptaciones de la LVQ en distintos países del mundo (11).

Desde la implantación de la LVQ hasta la actualidad se han observado resultados controvertidos. Las evidencias relacionadas con la repercusión sobre morbilidad de los pacientes como consecuencia de la implantación de la LVQ son, hoy en día, contrapuestos. Por lo que resulta pertinente avanzar en investigaciones relacionadas con su implantación.

Para la investigación que se presenta, se selecciona la evaluación realista como metodología de investigación y el trabajo de campo se realiza en un hospital de tercer nivel que es, centro de referencia de una comunidad autónoma española, La Rioja. Se trata concretamente del Hospital San Pedro (HSP) de Logroño que atiende a una población de 313.571 habitantes que suponen la totalidad de habitantes de la región (12).

Durante el trabajo desarrollado para esta investigación se han publicado resultados en diferentes comunicaciones en congresos del ámbito y con la publicación de tres artículos de relevancia internacional.

No obstante, los resultados obtenidos son difícilmente extrapolables a otros entornos, aunque si pueden servir como referencia metodológica para investigaciones relacionadas con el análisis de estrategias y del funcionamiento de la LVQ en otros hospitales.

Es importante destacar que estos resultados muestran que existe una relación entre las acciones de implantación programadas y bien ejecutadas que desarrolla el hospital y el grado de cumplimentación incidiendo en un mayor uso de la LVQ.

Además, el desarrollo de estas acciones invita a los profesionales a incrementar y mantener una adecuada cultura de seguridad del paciente.

Sin embargo, no se pueden concluir resultados directamente relacionados entre el aumento del grado de cumplimentación y la mortalidad o número de reintervenciones quirúrgicas.

Marco teórico.

A lo largo de los apartados siguientes se enmarca el contexto de la investigación relacionada.

1.1 Seguridad del paciente.

Los principios de la bioética principalista definidos por Beauchamp y Childress son: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. El concepto de no maleficencia o en latín “*primum non nocere*” nos sirve para entender como un punto de partida lo que describe la clave del término seguridad del paciente (13).

A principios del siglo XXI, más concretamente en el año 2000 es cuando se acuña la “seguridad del paciente” con la publicación del libro *To err is human*. En este libro se muestra como en Estados Unidos (EEUU) moría más gente al año debido a errores médicos que debido a accidentes de tráfico, cáncer de mamá o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Los costes derivados de los errores médicos (ingresos, discapacidad y gastos de salud) ascendieron durante el año 2000 en EEUU a 17.000 millones de dólares, el hecho de conocer esta cifra supuso un antes y un después en materia de seguridad del paciente (14).

En 2004, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente convierte la seguridad del paciente en una línea prioritaria de la OMS (4). A raíz de esta alianza se han desarrollado diferentes retos mundiales: una atención limpia es una atención segura (2005), la cirugía segura salva vidas (2008) y medicación sin daño (2017) (4,14). Desde entonces, la OMS ha ejercido el liderazgo y orientación en materia de seguridad del paciente con el apoyo político necesario en diferentes países del mundo (15).

1.1.1 Definición.

El objetivo primordial de la seguridad del paciente se centra en no cometer errores durante el proceso integral de atención a la salud. En el proceso de atención integral es necesario

remarcar que los errores se pueden cometer en cualquiera de los pasos que conforman el proceso, desde el inicio hasta el final.

Un ejemplo, dentro del proceso hospitalario, es el circuito de admisión de un paciente en el servicio de urgencias del hospital que comienza con la recogida de datos personales y clínicos; y finaliza con el informe de alta o la hospitalización.

Desde la recogida de datos en el área de admisión de urgencias los sistemas de información sanitaria (SIS) deben ser precisos y permitir una correcta recopilación de datos para ser incluidos en una historia existente o bien en una nueva. Los puntos críticos durante este proceso de atención urgente se identifican con: los tiempos de espera para la atención, los ingresos inadecuados o los reingresos (16).

Si consideramos que los errores puedan afectar a cualquier fase del proceso asistencial es necesario destacar la importancia de desarrollar los análisis de riesgos y las estrategias que afiancen unas prácticas seguras en la dinámica completa de todo el proceso que acompaña la atención sanitaria (17,18).

Los errores y efectos adversos de la hospitalización que pueden ocurrir durante el proceso de atención generan costes económicos y humanos considerables, que influyen tanto en el paciente como en su familia y en el sistema sanitario, puesto que pueden provocar un incremento de la estancia hospitalaria o un aumento en el riesgo de morbilidad (19).

Dentro de la estrategia de seguridad del paciente, la OMS, identifica varios tipos de error: de comisión o acción equivocada, por omisión o acción que se deja de realizar y por infracción o acto que se comete fuera de lo previsto conscientemente (20).

Los tipos de error también puede ser diferenciados según su visibilidad. Los errores visibles son complicados de ocultar, sin embargo, existen aquellos errores que se cometen y no son visibles en primera instancia, bien, porque se ocultan, o bien, porque no tienen repercusiones perceptibles para el paciente. Sin embargo, estos pueden llegar a ser igualmente perjudiciales (21). Se debe entender que a pesar de que el paciente no sufra ningún daño a priori, las repercusiones pueden aparecer después del alta hospitalaria o

bien, al no ser detectadas a tiempo, generar un perjuicio no relacionable en ningún momento.

Para analizar las situaciones y poder diagnosticar completamente un error se deben identificar la causa o raíz, el acto y las posibles consecuencias. El diagnóstico de estos errores implica utilizar estrategias que garanticen la seguridad del paciente como: la implicación de los profesionales en la seguridad, además de la construcción de indicadores que evalúen los procesos a lo largo del recorrido del paciente en la asistencia sanitaria. Estos indicadores deben garantizar una atención integral, segura y que se encuentra en constante proceso de evaluación para posibles mejoras, contribuyendo a establecer relaciones con errores que no han sido percibidos en un primer momento (19,22).

En la misma línea de seguridad del paciente, la OMS, en 2009, con la colaboración de expertos en distintos ámbitos como seguridad del paciente, teoría de la clasificación, informática sanitaria, defensa de los consumidores/pacientes, el derecho y la medicina realizó una Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (20).

Esta clasificación aporta, entre otras cosas, un interesante esquema de contexto, descrito en la Figura 1, que nos permite observar, tomando distancia, las diez categorías clave que encontramos entorno a la seguridad del paciente (20):

1. Tipo de incidente. Es una categoría descriptiva que se subdivide en proceso o problema y puede estar relacionada con cualquier aspecto del proceso asistencial. Un ejemplo de incidente de proceso sería un inadecuado registro de analíticas de sangre con confusión de los resultados, mientras que un problema de proceso podría ser la realización de una cirugía en un lugar erróneo.
2. Resultados para el paciente. Según el tipo de daño (fisiopatológico, lesión u otro), grado (ninguno a muerte) e impacto social/económico que es provocado al paciente o su familia. Los errores, en ocasiones, no tienen perjuicios valorables pueden convertirse en incidentes de los que también existen tipos:

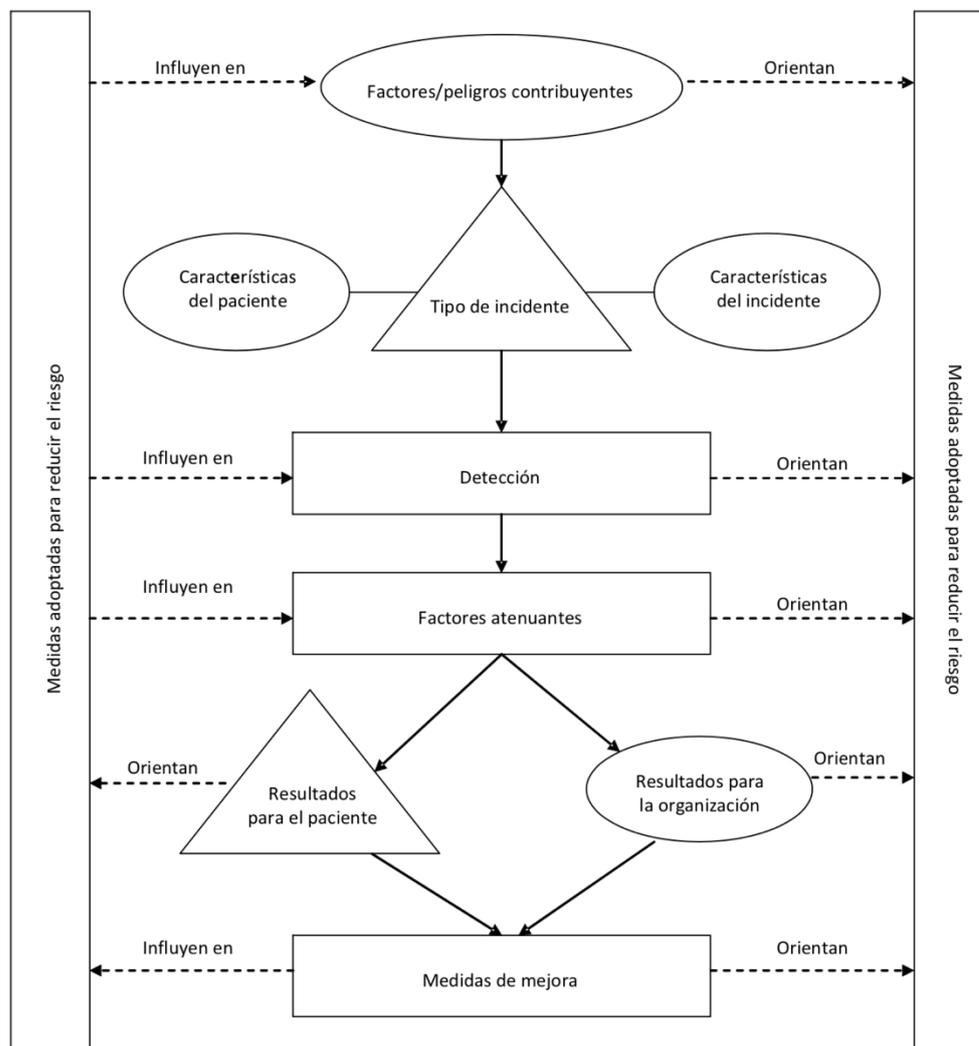
- Circunstancias notificables, algo como un fallo de revisión de caducidades de cualquier medicación como. Por ejemplo, encontrar la medicación caducada desde hace meses en el carro de paradas.
 - Cuasi-incidente, es detectado antes de llegar al paciente un ejemplo una medicación prescrita en la orden médica que se observa que provoca alergia al paciente.
 - Con daño o sin daño, aquellos que llegan al paciente, pueden ser catalogados según si provocan o no daño al paciente (20,23).
3. Características para el paciente. Demográficos (edad, sexo), motivo de la atención u otros.
 4. Características del incidente. En este apartado, encontramos la descripción contextual del incidente, quién, cuándo y cómo sucede.
 5. Factores/peligros contribuyentes. Circunstancias y/o acciones que originan el incidente. Pueden ser externos o internos y normalmente no son únicos, sino que suelen presentarse varios a la vez. Un ejemplo de factores externos puede ser la suma de la falta de formación del personal, la reciente incorporación al sistema y el exceso de carga laboral. Como factores internos se identifican el cansancio o el exceso de confianza.
 6. Resultados para la organización. Aquellos perjuicios que repercuten en la organización. Pueden ir desde la repercusión jurídica, en la reputación o, la más habitual, la necesidad de emplear mayores recursos en el proceso asistencial contribuyendo al coste económico.
 7. Detección. Son acciones o circunstancias que permiten detectar el error. Pueden ser establecidos formal (oficial) o informalmente.

8. Factores atenuantes. Son acciones o circunstancias que previenen el avance de un error. Estos factores intervienen antes de que se produzca un error grave o bien disminuyen los daños causados.

9. Medidas de mejora. Estas son acciones que se realizan cuando se ha producido el error y son bien para el paciente o bien para la organización. Un ejemplo de medida de mejora para el paciente sería una compensación económica, mientras que, para la organización, podríamos hablar de un aumento en la cultura de seguridad del paciente dentro de los profesionales.

10. Medidas adoptadas para reducir el riesgo. Evitan la repetición de errores. Reducen, gestionan y controlan el daño a través de varios aspectos: paciente, organización y agentes o equipos terapéuticos. Están orientadas a la detección, factores atenuantes y medidas de mejora.

Figura 1. Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la seguridad del paciente.



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Informe Técnico Definitivo Enero de 2009.

1.1.2 Elementos internos.

Los conocidos sistemas de implantación de seguridad del paciente dentro de las organizaciones se componen de tres elementos esenciales destacables (24):

- La cultura de seguridad del paciente de la organización en todos sus niveles.
- Un sistema de registro de los incidentes y situaciones de riesgo
- El feedback o evaluación de las dos anteriores en conjunto.

La cultura de seguridad del paciente es un aspecto fundamental dentro de las organizaciones si se pretende instaurar una seguridad del paciente efectiva. No existe una única definición de cultura de seguridad del paciente puesto que su concepto abarca a las ciencias sociales y de la salud (24).

Algunas de las definiciones de cultura de seguridad se relacionan con la comunicación abierta entre estructuras de manera formal (sistemas de control de riesgo) e informal (entre compañeros). También se define a través del liderazgo transformacional que establece una constante evaluación y mejora colaborativa a través del compromiso del equipo con las estrategias desarrolladas en torno a la seguridad del paciente (24,25).

La cultura de seguridad del paciente para autores como Rocco et al. es “el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización que implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir.” (17)

Los términos seguridad del paciente y cultura de seguridad del paciente se interrelacionan y conviven dentro de las organizaciones, especialmente en términos de efectividad.

Los sistemas de notificación de incidentes tienen por objetivo mejorar y aprender de los errores que se cometen en seguridad del paciente permitiendo un análisis de las situaciones que han provocado estos errores (26). Estos sistemas deben ser (27):

- no punitivos
- confidenciales/anónimos
- independientes
- analizados por expertos
- análisis en tiempo
- orientación sistémica
- capacidad de respuesta

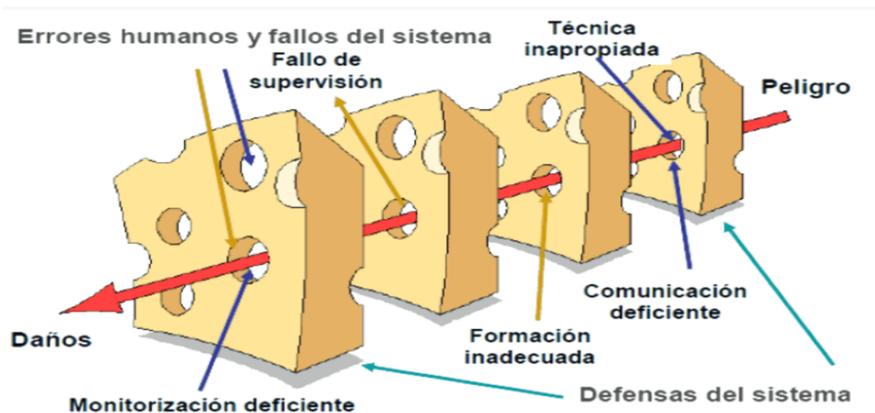
Un ejemplo de sistema de notificación de incidentes en España es el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP)(28).

La evaluación conjunta de la cultura de seguridad del paciente que poseen las organizaciones y los sistemas permite establecer mejoras reales y eficaces en esta materia.

1.1.3 Cultura de seguridad del paciente.

El modelo del “queso suizo” de Reason expresa a través de una imagen, de forma sencilla, lo que implica un riesgo para la seguridad del paciente, como se observa en la Figura 2. En este diagrama encontramos factores que se centran en la persona, como la falta de motivación, imprudencia, mala praxis; o que se centran en el sistema, como condiciones de trabajo, liderazgo o cultura de seguridad. En este modelo ya se refleja que no existe una única posibilidad de error sino que el hecho de iniciar un proceso de atención sanitaria implica intrínsecamente la presencia de un potencial riesgo que se debe saber gestionar (29).

Figura 2. Modelo de "queso suizo" de Reason.



Fuente. Ontario Health Quality Patient Safety Learning Systems: A systematic review and qualitative synthesis.

Existen razones suficientemente documentadas como para tratar de concienciar a las organizaciones de la necesidad de instaurar una estrategia sólida de seguridad del paciente. En la mayoría de los países, sobre todo los más desarrollados, se considera la salud como un derecho de todos los ciudadanos y por tanto las organizaciones sanitarias tienen la responsabilidad de preservarla con todos los instrumentos disponibles, enmarcándola dentro de la misión y los valores de las organizaciones (30).

1.2 Seguridad del paciente en España.

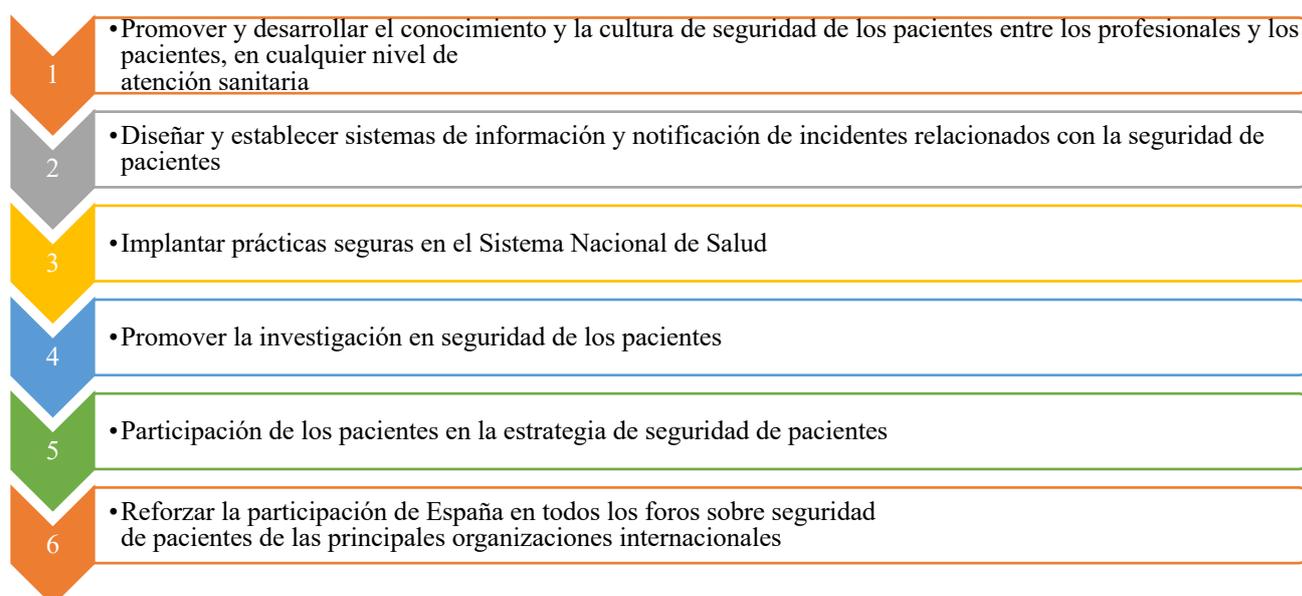
En España, los primeros documentos avalados por el Ministerio de Sanidad y secundados por las CCAA relacionados con seguridad, fueron amparados por la Ley de Cohesión y Calidad del año 2003 y el Plan de Calidad del SNS en sus diferentes ediciones (31).

Esta ley surge transcurridos 16 años de la Ley General de Sanidad con el fin de que el SNS evolucione con los cambios culturales y sociales que se producen a nivel nacional, descentralizando las competencias en materia de sanidad en las CCAA y cohesionando mediante el consejo interterritorial del SNS, con organismos como el consejo interterritorial (32). En el consejo interterritorial se busca la colaboración de las Administraciones públicas para mejorar el funcionamiento del SNS garantizando la equidad, calidad y participación ciudadana (31,32).

Posteriormente, en el año 2006, surge el Plan de Calidad que sirve de referencia para los programas desarrollados posteriormente. Se ha utilizado como marco nacional en el ámbito de seguridad del paciente. El último Plan de Calidad del SNS, de 2010, dedica la estrategia 8 a la seguridad del paciente, titulada “Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS” que promueve seis objetivos descritos en la Figura 3 (33).

Es durante la última década cuando se propuso una Estrategia de seguridad del paciente del propio SNS, prevista para desarrollarse entre el año 2015 y que finalizaría en el 2020. Este documento tiene seis líneas estratégicas fundamentales que se muestran en la Tabla 1 (34).

Figura 3. Objetivos para mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 1. Líneas estratégicas de la seguridad del paciente del SNS.

1 Cultura de seguridad, factores humanos, organizativos, formativos

2 Prácticas clínicas seguras

3 Gestión del riesgo y sistemas de notificación y aprendizaje de los incidentes

4 La participación de los ciudadanos y los pacientes por su seguridad

5 Investigación en seguridad del paciente

6 Participación internacional

Fuente: Ministerio de Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS). 2016 (34).

Desde principios del siglo XXI, el Ministerio de Sanidad español ha realizado estudios epidemiológicos relacionados con los eventos adversos:

- Estudio de efectos adversos en atención primaria (APEAS),
- Estudio de incidentes y efectos adversos en medicina intensiva (SYREC),

- Estudio de eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios (EARCAS),
- Estudio sobre la seguridad de los pacientes en hospitales de Latinoamérica (IBEAS).

Para el desarrollo de esta investigación se toma como referencia el estudio ENEAS realizado en 2005. ENEAS obtuvo como resultado una prevalencia de 9,3% de eventos adversos en pacientes ingresados en hospitales públicos de España. Cada día, de cada 100 pacientes, 1,2 padecerían un efecto adverso. Es importante que conozcamos los tipos de eventos adversos más frecuentes y, sobre todo, el porcentaje de evitabilidad de estos en favor de las mencionadas estrategias de seguridad del paciente como se observa en la Tabla 2 (2).

En los eventos más frecuentes nos encontramos con aquellos relacionados con: la medicación (37,4%), la infección nosocomial (25,3%) y los procedimientos (25%) (2).

Tabla 2. Tipo de eventos adversos según ENEAS.

Tipos de eventos adversos	Total (%)	Evitables (%)
Relacionados con la medicación	37,4	34,8
Relacionados con infección nosocomial	25,3	56,6
Relacionados con un procedimiento	25	31,7
Relacionados con el cuidado	7,6	56
Relacionados con el diagnóstico	2,7	84,2
Otros	1,8	33,4
Totales	655(100%)	278 (42,6%)

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS) 2005.

1.2.2 Modelos de gestión público-privada en España.

Los modelos de gestión tienen relevancia en aspectos de seguridad del paciente puesto que influyen sobre aspectos como la cultura organizacional; de ahí que se incluya dentro del marco teórico un apartado destinado a describir los distintos modelos de gestión sanitaria.

Desde la promulgación *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad* que modifica el modelo de sistema de salud existente en España, la gestión sanitaria y la clínica han experimentado un cambio constante en los modelos organizativos y las estrategias (32). Los conocidos modelos de gestión tradicionales conviven con nuevas fórmulas públicas o modelos de gestión indirecta (35).

Existen pocos estudios que comparen la satisfacción de los pacientes en los distintos modelos organizativos y no hay evidencias que indiquen que la gestión privada de los servicios sanitarios sea mejor que la gestión pública o viceversa (36).

Sin embargo, las siguientes acciones se encuentran generalizadas dentro de la gestión de los sistemas de salud (37):

1. Determinación de objetivos asistenciales y económicos para todos los centros.
2. Creación de una infraestructura de información mínima y homologada para toda la red.
3. Introducción sistemática del control de calidad.
4. La humanización de la asistencia con la declaración del Código de Derechos y Deberes de los pacientes y la creación de los Servicios de Atención al Paciente para su instrumentalización práctica.

Si se comparan resultados en términos de efectividad, como la estancia media o el control de las listas de espera entre los modelos de gestión que coexisten en España parece que el modelo de propiedad pública y gestión privada o privatización indirecta consigue mejores resultados de efectividad en torno a las comparaciones económicas con controles de calidad claros y estadísticas hospitalarias que son remitidas constantemente a los servicios centrales de salud (38).

En el caso del ámbito de la gestión pública parece necesario introducir elementos de mejora de la efectividad como pueden ser la flexibilidad al cambio o la cultura de prestigio o pertenencia a la organización de manera que se puedan incluir en el modelo de gestión elementos competitivos que permitan una comparación entre modelos de gestión (37).

No obstante, en España, conviven diferentes modelos de gestión además de los citados. Podemos encontrar dentro de la gestión sanitaria pública en las diferentes comunidades autónomas, fundaciones, conciertos y consorcios, donde cada modelo tiene su propio régimen estatutario. Si bien es cierto que el objeto de esta investigación es la seguridad quirúrgica, por tanto, en adelante nos centraremos en este aspecto de la gestión clínica.

Por realizar una comparativa entre modelos de gestión público-privada entorno a seguridad del paciente se han utilizado dos proyectos nacionales, el Proyecto Confianza en Seguridad del Paciente (39) realizado en 2009 y el ENEAS (2) realizado en 2005. De los indicadores que implican el área quirúrgica destacamos la siguiente Tabla 3 que recoge los datos de los indicadores idénticos. En todos los indicadores quirúrgicos excepto en la infección de la herida quirúrgica encontramos un menor porcentaje en el estudio sobre hospitales públicos. Para la explicación de los resultados, por una parte, influye la población que acude a los diferentes hospitales y, por otra parte, las condiciones sociolaborales de los propios centros sanitarios (39,40).

Tabla 3. Tipos de eventos adversos quirúrgicos según modelos de gestión público-privada.

Tipo evento adverso	Proyecto Confianza en ENEAS Seguridad del Paciente (%) (%)	
Infección de herida quirúrgica	4,2	7,63
Hemorragia o hematoma tras un procedimiento quirúrgico	12,5	9,32
Lesión en un órgano durante un procedimiento	4,2	3,05
Otras complicaciones tras intervención quirúrgica	4,2	2,14

Fuente: Elaboración propia

1.3 Seguridad del paciente en el quirófano.

1.3.1 Antecedentes.

Los diferentes estudios en torno a la seguridad del paciente en el quirófano mencionan que los procedimientos en los que se produce un error pueden llegar a provocar un 86,7% de los casos de daño moderado (41).

En España, entre otros estudios, el hospital 12 de Octubre, en 2016, realizó un estudio retrospectivo transversal descriptivo, en el que se observó que un 36,8% de los eventos adversos estaban relacionados con intervenciones de cirugía general, basándose en una estrategia clave Global Trigger Tool (GTT) un sistema de notificación desarrollado en el año 2007 para identificar eventos adversos (42).

Todos los eventos adversos que ocurren en un quirófano son evaluables y deben ser notificados, a pesar de que no lleguen a provocar daño al paciente. Sin embargo, son los eventos centinela, aquellos que provocan directamente la mortalidad o un alto riesgo y exigen una respuesta rápida, los más notificados puesto que son los más visibles (43).

En un estudio realizado en EEUU en el año 2020 se incluyó a 543 profesionales para evaluar, a través de un cuestionario, los eventos adversos sucedidos. Los resultados fueron una categorización y estadística de los eventos adversos sobre los que habían tenido experiencias los profesionales participantes (43):

- Medicación errónea: un 12,7% de los pacientes recibieron medicación equivocada durante una cirugía. Lo más frecuente, con un 27,9%, fue la inyección de adrenalina, seguido de la administración de una medicación que provoca alergia, en un 19,7% de los casos.
- Sitio erróneo: es llamativo que un 7,3% comentó haber operado del lado contrario en los últimos 10 años. Las cirugías realizadas en sitio erróneo más frecuentes fueron amigdalectomía o adenoidectomía.

- Contaje de instrumental/objeto erróneo: un 6,4% de los pacientes respondió que se había quedado dentro después del cierre de la incisión, por igual, gasas y material reabsorbible (28,1%).
- Quemaduras quirúrgicas: el 3,5% de las personas intervenidas ha sufrido una quemadura en el quirófano en los últimos 10 años. Fueron más frecuentes durante laparoscopias (22,2%), que en cirugías abiertas (5,6%).

La tecnología debe complementar las capacidades de los profesionales que saben aplicarla, esta sinergia permite evolucionar hacia la mejora de los resultados de los pacientes. El área quirúrgica, además, destaca por requerir de un importante compromiso e interdependencia del equipo multidisciplinar, lo que conlleva a establecer líneas de comunicación adecuadas y evitar situaciones de tensión y estrés (44).

En esta línea, el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2007 con la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, formaliza la seguridad del paciente quirúrgica a través de objetivos específicos de los que destaca directamente relacionado con la seguridad del paciente en el quirófano “prevenir los efectos adversos de la anestesia en cirugía electiva” (31).

En el 2008, en la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS se reconocieron las áreas de mejora relacionadas con el programa de la OMS “La cirugía segura salva vidas” que, tras haber realizado un estudio en ocho países diferentes demostró que los incidentes que suceden en el quirófano provocaban un 0,4-0,8% de mortalidad y un 3-22% morbilidad. Tras estos resultados, la OMS propuso cuatro áreas de mejora (4,34).

1. Prevenir la infección de la localización quirúrgica.
2. Prevenir el lugar/paciente/procedimiento correctos.
3. Aumentar la seguridad de los equipos quirúrgicos.
4. Seguridad en el uso de anestesia y en el uso de medicamentos.

En España, después de identificar las áreas de mejora de la OMS, se implementaron diferentes estrategias como la conjunta entre el Ministerio de Sanidad y la Asociación Española de Cirujanos (AEC) que elaboran en 2016 un “Protocolo para el programa de cirugía segura del SNS” cuyos objetivos específicos eran (45)

1. Crear una red colaborativa de bloques quirúrgicos de distintas especialidades, a través de las CCAA, que apliquen prácticas de seguridad efectivas y demostradas y que compartan herramientas para fomentar la seguridad quirúrgica.
2. Promover la cultura de seguridad del bloque quirúrgico.
3. Mejorar la utilización y cumplimentación adecuada de la LVQ en todos los hospitales del SNS.
4. Describir los incidentes relacionados con la cirugía y los evitados gracias a la aplicación de la LVQ.
5. Mejorar la aplicación de las medidas para prevenir el tromboembolismo asociado a la cirugía.
6. Implementar herramientas para el uso seguro de medicación en anestesia: etiquetado de medicación.

Dentro de las actividades de este protocolo se incluyó la recogida de una serie de datos necesarios para poder elaborar los indicadores descritos con el fin de alcanzar los objetivos específicos.

1.3.2 Aspectos ético-legales.

Los profesionales sanitarios tienen responsabilidad civil, penal, administrativa y disciplinaria frente a las acciones que atenten contra la seguridad del paciente como se muestra en la Tabla 4. En la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, se hace referencia a alguna de las faltas leves, entre ellas, “el descuido en el cumplimiento de las disposiciones expresas sobre seguridad y salud.” (46)

Además, una vez que se ha producido un error durante la asistencia al paciente es necesario recordar la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que contiene párrafos como: “El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información.” (47) Sin olvidar que, el resto de los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

Tabla 4. Legislación relevante dentro de la seguridad del paciente nacional.

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.	“el descuido en el cumplimiento de las disposiciones expresas sobre seguridad y salud.”
Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.	“la información clínica será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.” “El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.”
Ley 30/1992 del régimen Jurídico de las Administraciones públicas y del Procedimiento Administrativo Común(49)	“Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”

Fuente: Elaboración propia.

En torno a estas leyes nos encontramos ante varias situaciones que suponen un dilema ético, según la naturaleza de los incidentes, ¿será necesario comunicar los incidentes sin daños?, ¿se informa realmente de estos? y lo que pueda ser más grave aún, ¿se comunican de forma veraz y completa los incidentes que causan daños? La respuesta en la mayoría de las ocasiones es que no (48).

Moreno Alemán en el año 2013 describe que no se comunican la mayoría de los incidentes sin daño, a pesar de ser parte del proceso asistencial y que, salvo incidentes imposibles de ocultar, tampoco se comunican aquellos que generan daño leve/moderado (44).

Incluso, en ocasiones, se describen acuerdos como compensaciones económicas de la organización al paciente para “ocultar” los incidentes graves. Este supuesto tiene dos posibilidades: no notificar los errores y, por tanto, que no se puedan contabilizar epidemiológicamente o, desde la organización, ocultar los errores para no tener la obligación de realizar una compensación económica (44,48).

El aspecto fundamental que influye en estas decisiones es el aspecto punitivo de los errores en torno a la salud del paciente. Como mencionó Martín Delgado, sería importante el desarrollo de una ley que preserve la seguridad de los profesionales y una cultura organizacional que arroje a los trabajadores, libere de los sentimientos de culpa y que promueva una comunicación efectiva y fluida de incidentes, evitando la necesidad de ocultar errores que son parte del proceso asistencial y que permiten un aprendizaje constante (50).

Recientemente con la promulgación de la *Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud* se aumentan las garantías de seguridad respecto a la intimidad y derechos de los pacientes (51).

Como ya se ha comentado, el ámbito quirúrgico es cada vez más complejo e implica altos riesgos. El desarrollo constante de la tecnología y los avances en técnicas quirúrgicas que, mejoran la precisión de los procedimientos con el objetivo de conseguir unos resultados óptimos para el paciente, aumentan su complejidad.

Para avanzar en estos aspectos de seguridad se diseñan diferentes instrumentos y subestrategias entre las que destaca el uso de la LVQ (52,53).

A) Entrada: Antes de la inducción anestésica

Se realiza con el paciente despierto, comienza el coordinador asignado de la LVQ.

- El paciente confirma: su identidad completa, el lugar para realizar la cirugía y el procedimiento que se le realiza junto con el expreso consentimiento verbal. Además, se debe realizar la comprobación de tenerlo por escrito en su historia clínica.
- Señalar el lugar: sólo se realiza en los casos en los que exista probabilidad de error, es decir, cuando se trate de una o más partes de un órgano o bilateralidad.
- Seguridad anestésica: se comprueba mediante el informe preoperatorio realizado por anestesia y se añade si se requieren ayunas, retirar objetos metálicos o dentaduras postizas, por ejemplo.
- Monitorización: se comprueba que el pulsioxímetro y toda la monitorización necesaria funciona.
- Riesgos prevenibles: Se recogen datos específicos confirmados por el especialista como: riesgo de hemorragia >500ml en adultos y 7ml/kg en niños, con el objetivo de detectar posibles alergias, vía aérea difícil o riesgo de broncoaspiración.

B) Pausa: Antes de la incisión cutánea

Es importante realizar las siguientes comprobaciones para trabajar con fluidez durante el proceso quirúrgico, evitando errores, permitiendo desempeñar las funciones sin interrupción y disminuir posibles conflictos.

- Presentación de miembros del equipo: este paso, tienen tasas bajas de cumplimentación porque habitualmente trabajan equipos ya muy cohesionados donde todos los miembros se conocen. En el caso de encontrarse en la sala personal de nueva o reciente incorporación sería necesaria una presentación con

nombre, apellidos y categoría profesional, puesto que permite una identificación sobre la responsabilidad de las tareas y facilita la comunicación.

- Confirmación por profesionales de enfermería, anestesia y cirugía: identidad del paciente, procedimiento a realizar y lugar quirúrgico.
- Previsión de eventos críticos: los miembros del equipo que participan en el paso anterior deben comunicar si existe alguna probabilidad de evento crítico para ayudar al equipo en general a anticiparse. El cirujano sobre la cirugía, la enfermera sobre la esterilidad del material y los equipos y el anestesista sobre el mantenimiento de la estabilidad del paciente.
- Profilaxis antibiótica: se comprueba según las recomendaciones del cirujano recogidas en la historia del paciente.
- Visualización de imágenes diagnósticas: se debe informar de la posibilidad de necesitar imágenes diagnósticas in situ si requiere.

C) Salida: Antes de que el paciente salga de quirófano

Las comprobaciones son esenciales antes de la salida del paciente del quirófano, puesto que, si alguna de las comprobaciones falla, puede suponer importantes riesgos e incluso el volver a intervenir al paciente. Se realiza por el profesional de enfermería en voz alta y se comprueba:

- El procedimiento realizado.
- El recuento de instrumental, gasas y agujas correctos.
- El etiquetado correcto: identificación, nombre de la muestra y departamento de envío correcto.
- Los problemas relacionados con el instrumental que pueden quedar pendientes.
- La revisión de los aspectos principales con el paciente por parte del cirujano, enfermera y anestesista.

1.4.1 Estado actual del tema.

La evolución constante de las técnicas y conocimientos dentro del área quirúrgica conlleva un progresivo aumento de las dificultades (necesidad de formación constante, aumento del número de cirugías) con lo que se produce un incremento directo del porcentaje relacionado con el error humano (54).

Puesto que, son muchos y muy amplios los conceptos relacionados con la seguridad del paciente en el quirófano, se decidió realizar una scoping review, que permitiera establecer unos cimientos sólidos en torno a las estrategias más usadas en la seguridad del paciente dentro del quirófano. Esta scoping review se publicó en junio de 2021 en la revista AORN Journal. (Anexo 1)

En 2005, Lingard llevó a cabo un estudio prospectivo en un hospital terciario, con la participación de todos los profesionales del ámbito quirúrgico en el que detectó la necesidad de una LVQ, que estandarizara la comunicación del equipo quirúrgico, permitiendo un apoyo a la memoria y que fuera sencilla para el intercambio de información relevante (55).

Patel, en 2014, realizó una revisión de la literatura para evaluar el uso de la LVQ propuesto por la OMS y su impacto en la seguridad de los pacientes. Se analizaron 16 estudios diferentes entre los que se encontraron resultados diferentes en relación con los resultados obtenidos por la OMS con respecto a la LVQ en 2008. De los cinco estudios en los que se incluyeron resultados de pacientes, solo en dos se redujo la morbilidad en un 11% y un 36% respectivamente, mientras que en los otros tres no se obtuvieron diferencias. Además, se encontraron diferencias a la hora de analizar como cumplimentar de forma “correcta” (registro de todos los ítems incluidos en los tres momentos diferentes) la LVQ Las diferencias iban desde un 26% a un 96% de cumplimentación. En cuanto a los resultados de las actitudes que tenían los profesionales con respecto a la LVQ, en nueve de ellos no se encuentra una evaluación de su percepción. Sin embargo, en otros cinco, se percibe la LVQ como algo beneficioso o positivo y en otro, la LVQ destaca como una herramienta de comunicación eficaz (56).

Continuando con las discrepancias de la LVQ, Treadwell, en 2014 a través de una revisión sistemática que incluía 33 estudios, en la que pretendía recoger las experiencias de uso y la eficacia en la implantación, estableció tres conclusiones interesantes al respecto. En primer lugar, la LVQ se introduce como una herramienta a través de diferentes estrategias, por tanto, la mejora en la seguridad del paciente no debe considerarse como efecto exclusivo de su implantación, sino que el beneficio puede ser producto del propio plan de implantación y sus estrategias. En segundo lugar, no se pueden concluir mejoras en morbimortalidad en los estudios analizados debido a que se plantea una imposibilidad de comparar resultados dada la variabilidad de los indicadores medidos y la inadecuada monitorización. Y, en tercer lugar, la LVQ en sí, debe implicar, para ser efectiva, el aumento de la comunicación, el trabajo en equipo y la mejora de la cultura de seguridad del paciente (57).

Hasta el momento, los estudios más comunes encontrados sobre la LVQ son aquellos que analizan las barreras y facilitadores en el momento de la implantación (58–60). A través del análisis de los estudios seleccionados en la mencionada revisión (scoping review), descubrimos que era importante el hecho de establecer tres momentos diferentes relacionados con la implantación de la LVQ, resumidos en la Figura 5. Estos tres momentos determinan los tipos de estrategias para lograr que la LVQ sea efectiva:

1. Pre-implantación: estrategias que analizan el contexto previo a la implantación, esto forma parte de una planificación organizada. Es la etapa menos estudiada.
2. Implantación: estrategias que se desarrollan para introducir la LVQ en el contexto quirúrgico. La mayoría de los estudios abordan este apartado y las incluyen en la planificación
3. Evaluación: estrategias que sirven para la mejora continua. Es la segunda menos estudiada y es una pieza clave en los ciclos de mejora.

Figura 5. Descripción de fases y estrategias de implantación.



Fuente: Ramírez-Torres CA. et al. A scoping review of strategies used to implement the surgical safety checklist. 2021.

1.4.1.1 Estrategias pre-implantación.

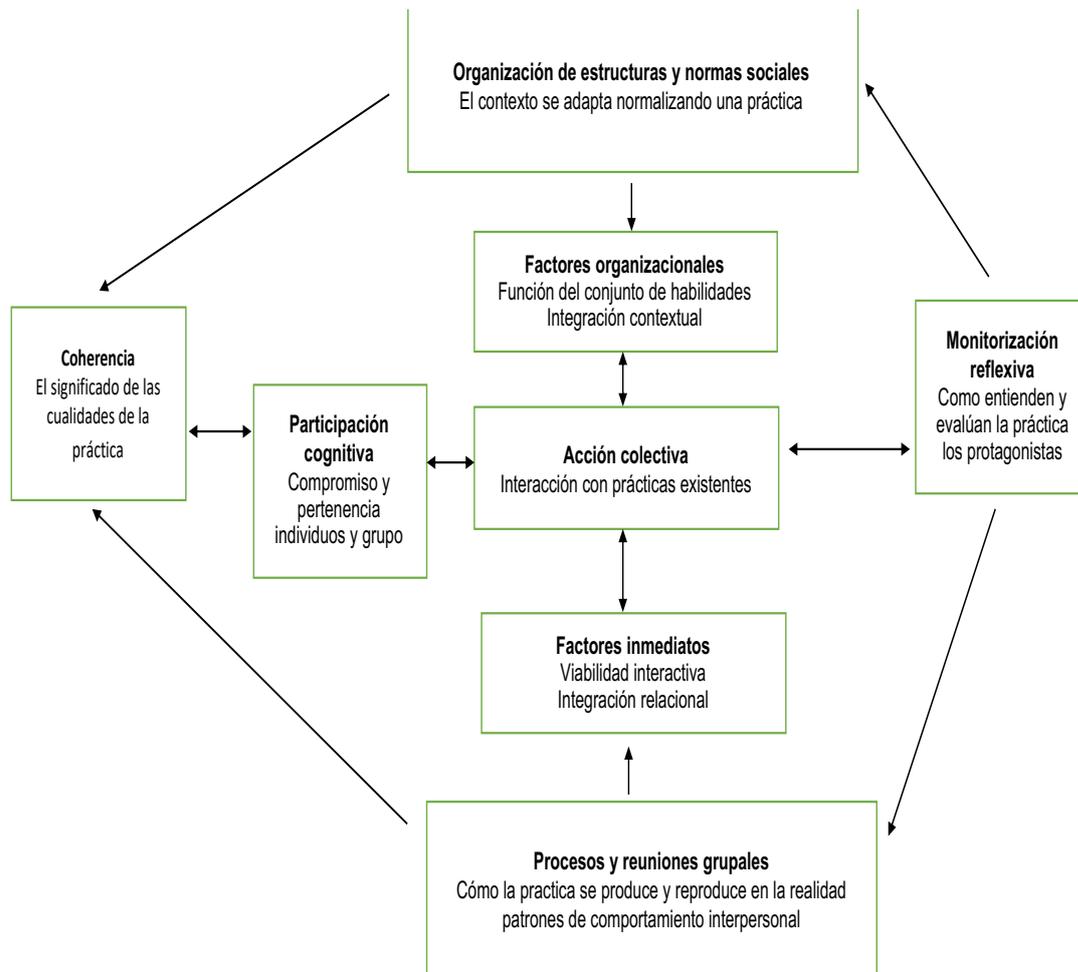
Estas estrategias tienen como objetivo principal conocer el contexto para adecuar las futuras acciones y que estas sean realmente efectivas.

- Selección del marco teórico (61,62).

Algunos estudios que realizan una implantación programada incluyen en sus planes la instauración de un marco teórico que sirva de guía para la modificación de aspectos clave, como actitudes o conocimientos. Algunos de estos marcos teóricos son:

- ✍ La Teoría de Normalización del Proceso (TNP) Esta teoría parte del hecho de que exista conciencia para utilizar profesionalmente nuevas herramientas de forma rutinaria e implica un cambio de actitud. Para conseguir este cambio se necesita previamente conocer qué se quiere modificar y cómo se realiza la acción en ese momento a través de varias influencias contextuales como se observa en la Figura 6. Estas pueden ser la participación cognitiva o el compromiso del personal, las actitudes con respecto a la LVQ o la monitorización reflexiva de los propios profesionales. Esta teoría prepara al personal para adquirir como propia una nueva herramienta, fomentando la coherencia, implicación y planificación de acciones grupales que expresen los posibles beneficios de la misma, a través del proceso inmersivo de sus protagonistas.

Figura 6. Traducción del modelo de componentes de la teoría de normalización del proceso.



Fuente: May C, Finch T. *Implementing, embedding, and integrating practices: An outline of normalization process theory. Sociology. 2009 (63).*

✍ La Teoría de Regulación de la Respuesta (TRR): esta teoría es imprescindible para conocer el punto en el que se encuentran los profesionales de la salud en relación con la responsabilidad en la seguridad del paciente. Sirve para llevar a cabo acciones que impliquen un cambio, generando respuesta sobre las actitudes. Estas acciones van desde la penalización sobre un hecho, hasta la persuasión, pasando por métodos como el consejo o la formación. Esta teoría clasifica las actitudes del profesional desde seriamente desconectado a totalmente comprometido (64)

- ✎ Transmisión del conocimiento (KT): esta teoría describe la necesidad de conocer las barreras y facilitadores de conocimiento que existen para después proporcionar unas estrategias a medida con cualquier programa de implantación. Se trata de conocer en qué estado se encuentra el conocimiento del personal, el ejemplo más habitual es realizar su evaluación mediante cuestionarios previos (65).
- ✎ TEAMANATOMY: es una de las teorías más específicas que se han desarrollado en torno a la LVQ. Es idónea por la dinámica de equipo desde una perspectiva social que tanto se asemeja al contexto quirúrgico. Su origen se basa en el Crew Resource Management (CRM) de la aviación. El TEAMANATOMY tiene por objetivo la capacitación a través de la comunicación y ha demostrado conseguir grandes avances para aumentar la motivación y disminuir la variabilidad en torno a la LVQ (66).

- Análisis de barreras y facilitadores (59,67)

Las barreras y facilitadores son uno de los factores más analizados dentro del momento de implantación de la LVQ. El análisis de estos factores ha servido como guía para dirigir las posteriores estrategias de implantación que van desde la imposición u “obligatoriedad” a los distintos tipos de planificación.

Ambos conceptos toman como referencia al equipo multidisciplinar definiendo experiencias y sentimientos que surgen o pueden surgir con respecto a la LVQ. Algunos ejemplos de barreras son: la sensación de pérdida de tiempo y resistencia al cambio. Los facilitadores más comunes que se encuentran son: generar compromiso o capacitación mediante formación.

- Análisis de la cultura de seguridad del paciente (68,69)

La cultura de seguridad del paciente compartida por el equipo multidisciplinar es una pieza clave para conseguir que tanto las herramientas como las estrategias de seguridad del paciente sean efectivas. Se considera que un aumento de la cultura de seguridad del paciente y, por ende, de la concienciación grupal, mejora el uso de herramientas que tienen como objetivo la propia seguridad y, por tanto, posiblemente se puedan establecer relaciones con los resultados de morbilidad (68).

Es necesario que el grupo asuma una cultura de seguridad del paciente de carácter multidisciplinar, puesto que de lo contrario será una barrera a su desarrollo. En el estudio de Rönberg et al. se encuentran con que los profesionales de enfermería tienen a menudo que iniciar las preguntas de la LVQ obteniendo poca o nula respuesta del resto de los profesionales, lo que hace que sientan una profunda frustración e incomodidad a la hora de realizarla (69).

1.4.1.2 Estrategias de implantación.

Estas estrategias tienen por objetivo principal mejorar la cultura de seguridad del paciente y dar a conocer las herramientas que se van a implementar de forma que haya una visión positiva de la misma dentro del equipo multidisciplinar. Se destacan las siguientes:

- Adaptar la LVQ: la adaptación tiene que cumplir ciertos criterios para considerarse efectiva. De este proceso debe surgir una LVQ breve, simple y precisa (70). Se recomienda involucrar a todos los miembros del equipo multidisciplinar para su modificación de tal forma que se genere un compromiso y un sentimiento de pertenencia. Sin embargo, a pesar de que debe ser específica y cumplir con el objetivo de abreviar para reducir terminologías e ítems innecesarios, no se debe cometer el error de reducirla sin tener en cuenta posibles eventos importantes (67,68).
- Coordinadores/campeones: es importante establecer personas dentro del equipo multidisciplinar que se encuentren implicadas y comprometidas con la herramienta, que la conozcan y puedan resolver las dudas de sus compañeros. Estos coordinadores se encargarán de sugerir acciones para estandarizar la cumplimentación de la LVQ y motivar a los compañeros. Estas personas deben pertenecer a distintos grupos profesionales y se ha demostrado que aumentan tanto el número de LVQ realizadas así como el porcentaje de cumplimentación de ítems dentro de la LVQ (58,69–72).

- Apoyo a la herramienta: existen una serie de innovadoras ideas de apoyo a la implantación gracias a la facilitación de las nuevas tecnologías. Algunos ejemplos pueden ser facilitar la cumplimentación con audios, tablets y tecnologías de ayuda. Sin embargo, una de las estrategias que mejor perciben los profesionales es la motivación, promoción y compromiso respaldados por los mandos altos e intermedios de las diferentes categorías profesionales (73,74).
- Soporte informativo/comunicativo: es necesario dar a conocer la herramienta de la forma más atractiva y simple posible. Utilizar medios publicitarios como: el email corporativo, pósters dentro de la unidad o material fungible (bolígrafos o lanyards). Todos ellos servirán de recordatorio y además permiten llegar a un mayor número de personas (72).
- Programas de formación: son los más desarrollados en torno a la LVQ. Estos incluyen: formación con respecto a la herramienta, mejora de la comunicación, incremento del sentimiento de equipo y desarrollo de la motivación. TEAMSTEPPS es un programa formativo que fomenta el trabajo en equipo y la comunicación a través de cuatro competencias clave: liderazgo, evaluación, apoyo y comunicación. La adaptación de los programas a la herramienta parece conseguir una mayor participación. Por eso, es necesario el uso de diferentes técnicas formativas, por ejemplo: casos clínicos, lectura de evidencia o vídeos explicativos (70,72,75–81).

1.4.1.3 Estrategias de evaluación.

El objetivo principal de estas estrategias es realizar una evaluación continua que permita establecer áreas de mejora, señalando debilidades y fortalezas clave. Se resumen en:

- Feedback: el conocimiento por parte de los profesionales de los resultados tanto del grado de cumplimentación de la LVQ, como de los eventos adversos que suceden en el quirófano puede servir como motor de cambio en la actitud respecto a la LVQ a través de la mejora continua.

Sendlhofer, en 2015, realizó un estudio en el que se llevaron a cabo tres auditorías no anunciadas a los trabajadores, para evaluar el grado de cumplimentación, y se observó que mejoró tanto el número de LVQ completadas, del 77,1% a 89,9%, como el porcentaje de las que se encuentran completas, de un 36,3% a un 53,2% (79).

El feedback es un elemento que hace partícipes a los profesionales con diferentes actitudes. Por una parte, apoyando a aquellos que lo realizan y están comprometidos y por otra parte, motivando a aquellos que le dan menor importancia.

- Monitorización continua: establecer indicadores clave y registrarlos de forma estandarizada y continua es fundamental. A la hora de evaluar la efectividad de la LVQ se han encontrado numerosos resultados. Uno de los elementos clave es la variabilidad que se encuentra en la recogida de datos con respecto a la LVQ al que se añaden las características contextuales diferentes en lo que se refiere tanto a su registro, como su medición. Como resultado se encuentra una falta de posibilidades para establecer comparaciones válidas entre estudios (80,82,83).

Para conocer la evolución e impacto de la LVQ, en esta investigación se ha utilizado el método de evaluación realista cuyos componentes principales se detallan en el apartado siguiente.

Marco metodológico.

A continuación, se describe el método utilizado para el desarrollo de esta investigación y las distintas fases del mismo.

1.5 La evaluación realista en el contexto sanitario.

La evaluación realista es una metodología que procede de las ciencias sociales y que combina fundamentos epistemológicos y realismo crítico. Es idónea para la investigación de políticas y experiencias sociales y sirve como evaluación de intervenciones complejas (84,85).

Los fundamentos epistemológicos se basan en conocer cómo y porqué construyen sus teorías los científicos analizando los conceptos básicos de la investigación estableciendo antecedentes, marco teórico, método, razonamiento lógico e ideología (84).

Mientras que, el realismo crítico nos acerca a la realidad contextual con la premisa de que es imposible una realidad certera y única, teniendo en cuenta la existencia de un contexto social.

La evaluación realista comienza con la teoría y termina con la teoría. Es decir, el propósito de esta evaluación realista es tanto probar y perfeccionar la teoría de las estrategias de la LVQ como determinar si las estrategias han funcionado en un entorno particular y cómo se ha hecho.

JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN.

En este sentido, alrededor de la LVQ es necesario explorar en profundidad su funcionamiento e implantación para dar una explicación a los resultados contextuales que se obtienen dado el historial de variabilidad que se conoce, a partir de los resultados de otros estudios (56,57).

Por otra parte, la decisión de adoptar este método para el objeto de esta investigación se decide por su idoneidad frente a otras propuestas con capacidad de examinar el proceso de implantación y la acogida por parte de los profesionales de las políticas en salud (86). La visión contextualizada que aporta la evaluación realista se diferencia de otras metodologías más desarrolladas en el ámbito de las políticas en salud que miden la efectividad exclusivamente a través de indicadores de proceso y resultado. Dado que hablamos de intervenciones complejas en salud, una visión sesgada a través de indicadores puede provocar fallos en la detección de cambios que se atribuyen a los propios métodos de detección y fallos en la detección de factores ajenos a la intervención (87).

La evaluación realista, permite explorar las relaciones que existen entre contexto, mecanismo y resultados integrando partes tanto cuantitativas como cualitativas que reflejan los aspectos clave de mejora y las fortalezas percibidas.

2.1 La evaluación realista en la implantación de la LVQ.

El proceso de implantación de la LVQ incluye:

- *Un contexto:* en qué momento se puso en marcha la estrategia y cómo fue percibida por los profesionales. También es relevante conocer una descripción relacionada con la evolución de la LVQ desde la implantación hasta la actualidad, a partir de las experiencias de los propios profesionales. En esta evaluación se describirán acciones de implantación y nuevas actitudes con respecto a la misma.
- *Un mecanismo:* la evolución de la cultura de seguridad del paciente que tiene un vínculo bidireccional con la puesta en marcha de estrategias de seguridad del paciente.
- *Unos resultados:* la mortalidad y el número de reintervenciones quirúrgicas junto con el grado de cumplimentación de la LVQ.

De esta investigación metodológica resulta el conocimiento en profundidad del funcionamiento de la LVQ en el ámbito concreto de estudio que permite proponer estrategias efectivas de mejora de los puntos débiles o fortalecimientos de los puntos fuertes. Proponiendo un punto de partida para entender el funcionamiento de la LVQ en otros ámbitos e incluso de otras políticas o estrategias de nueva incorporación.

2.2 Planteamiento del problema.

La pregunta de investigación se plantea al observar una variabilidad importante de la cumplimentación de la LVQ en diferentes contextos.

El aumento de la seguridad del paciente en el quirófano es el fin último de esta investigación. La cirugía del siglo XXI ha sufrido importantes avances científico-técnicos que requieren ir al unísono del desarrollo de estándares de calidad.

En los programas de implantación de la LVQ se observan similitudes en las barreras y facilitadores, pero no se aprecia una estandarización de las estrategias de implantación y no se conocen indicadores valorables que permitan establecer áreas de mejora.

Las preguntas que se plantea conocer con esta investigación son:

¿Está siendo útil la LVQ en la práctica de las unidades quirúrgicas?

¿Se utiliza de forma correcta la LVQ?

¿Los profesionales incluyen la LVQ dentro de su práctica asistencial?

¿La variabilidad de la practica con respecto a la LVQ esta medida y es permisible?

2.2.1. La evaluación realista como modelo de evaluación.

Una vez seleccionado el método de evaluación realista para la investigación, éste, permitirá recopilar información sobre políticas en salud desde la implantación de la LVQ hasta el momento de estudio.

En este caso, los datos de origen serán descritos por la documentación “histórica”, es decir, creada en el hospital, en el momento de implantación de la LVQ. Mientras que los datos actuales y retrospectivos serán recogidos para la investigación a través de un cuestionario a los profesionales e indicadores de seguridad aportados por el hospital. Con estos datos se explica la evolución del proceso de implantación de la LVQ desde sus inicios.

La visión que aporta una evaluación realista permite también explorar en profundidad la “realidad” del contexto de la LVQ destacando las acciones que hayan sido útiles y efectivas para poner en marcha la LVQ en el día a día de la práctica asistencial.

Durante el trabajo de campo, se analizan los tres tiempos pasado, presente y futuro de la LVQ, teniendo en cuenta varias relaciones multidireccionales a través de:

- las experiencias de los mandos intermedios con la implantación de la LVQ
- la actual cultura de seguridad en profesionales,
- los indicadores de cirugía segura (grado de implantación, ratio de reintervenciones quirúrgicas y mortalidad quirúrgica).

2.2.2 Entorno hospitalario.

El Hospital San Pedro (HSP) de La Rioja fue seleccionado por conveniencia y características, ya que se trata del centro de mayor capacidad tanto de número de camas como de quirófanos dentro de la provincia de La Rioja y asimilable a otros centros de referencia autonómicos en el contexto de SNS español.

OBJETIVOS

OBJETIVOS.

3.1 Objetivo general.

Evaluar de forma realista la situación actual de la Lista de Verificación Quirúrgica (LVQ) en un hospital de tercer nivel a través de sus profesionales.

3.2 Objetivos específicos.

- Analizar el contexto concreto de implantación y evaluación de la LVQ dentro de un hospital de tercer nivel: cuándo, cómo y quién, a través de los mandos intermedios.
- Analizar la situación actual de cultura de seguridad del paciente en los profesionales del área quirúrgica
- Evaluar las posibles relaciones que existen entre la cultura de seguridad del paciente, los indicadores de cirugía segura y, las estrategias de implantación y evaluación.

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA.

4.1 Diseño del estudio y pertinencia del método.

Se presenta un estudio de investigación retrospectivo y mixto realizado dentro de un área quirúrgica. La recogida de información se realizó a partir de diferentes fuentes como: entrevistas a profesionales, cuestionarios e indicadores. El método que se escoge para la consecución de los objetivos propuestos es la evaluación realista.

La evaluación realista fue desarrollada en el ámbito de las ciencias sociales por Pawson y Tilley en 1997(88). Para describir que persigue responder este método sus autores lo definen de forma simple con la siguiente frase “*comprender qué funciona, para quién y en qué circunstancias*”(88,89).

Estas preguntas son importantes para el desarrollo de todas las políticas o programas que se realizan dentro de cualquier ámbito de la sociedad. En el caso de esta investigación, se consideró idóneo para el ámbito sanitario por partir de una construcción social que permite incluir diferentes categorías profesionales (84).

Los dirigentes de las organizaciones han utilizado esta metodología puesto que permite la toma de decisiones orientadas por criterios concretos de eficiencia y oportunidad. Concretamente en este estudio fue seleccionado por su capacidad para definir características descriptivas dentro de un contexto social que permitieron una evaluación, como su propio nombre indica, lo más cercana a la realidad (88).

Para la consecución de una evaluación realista, esta debe reunir ciertas fases. Entre las fases de la evaluación realista se realiza en primer lugar, una fase que tiene por objetivo formular la pregunta de investigación. Este objetivo se resuelve gracias al enunciado ya mencionado con anterioridad que es averiguar *qué funciona, para quién y en qué circunstancias* (84).

A través de la formulación de estas preguntas se procedió a realizar la segunda fase, definir lo que se encarga de conformar las bases de una teoría inicial. Esto se puede realizar de varias formas: combinación de enfoques, revisión de la literatura, estudio

empírico y opiniones, percepciones o experiencias pasadas del evaluador (85). En el caso de este estudio se seleccionó la revisión de la literatura, que dio lugar a la scoping review mencionada anteriormente (Anexo 1).

En una tercera fase, se procedió a la selección del diseño de estudio. No existe una guía para este diseño, se pueden utilizar métodos tanto cualitativos como cuantitativos y mixtos de forma válida, siendo todos ellos seleccionados para la consecución de los objetivos específicos (85).

En la cuarta y quinta fase se desarrolla todo lo relacionado con el método de recopilación y análisis de los datos. En el análisis de los datos se usaron tanto la deducción como la inducción para poder realizar explicaciones, a partir de la conocida configuración propuesta por Pawson y Tilley (88): mecanismo, contexto y resultado. Conocido en inglés como context, mechanism and outcomes (CMO)(85).

En este complejo punto, en el que se encuentran la cuarta y quinta fase, se comenzó a profundizar en la complejidad de la intervención del estudio, siguiendo el esquema aportado por Dossou y Marchal (85) en el que se reflejan los siguientes aspectos clave:

- 1) identificar resultados,
- 2) describir la intervención (contenido, lugar e intensidad),
- 3) identificar protagonistas del diseño de la implantación,
- 4) definir los vínculos entre las prácticas entorno a la intervención y su influencia en los resultados,
- 5) identificar posibles influencias del contexto en los resultados,
- 6) realizar una búsqueda activa de explicaciones.

Y, por último, se realizó una sexta y última fase de síntesis con las relaciones que existen dentro de los diferentes aspectos que se reflejan en el estudio, a través del enlace de contextos con resultados o mecanismos relativos a la intervención.

Un ejemplo actual de cómo la evaluación realista es utilizada por los gobiernos dentro de las políticas de salud es el documento realizado por el National Institute for Health Research. Este documento recoge cómo las reuniones entre el personal sanitario pueden

afectar al bienestar en el trabajo, aumento del apoyo social y mejora de la atención al paciente, entre otros (90).

La evaluación realista aportó numerosas ventajas sobre el objetivo de esta tesis. Las fases sirvieron de guía para la formulación de la pregunta de esta investigación, además, destacó la necesidad de conformar las bases de una teoría inicial a través de la revisión del estado actual del tema. Esta revisión permitió conocer la realidad de las estrategias de implantación de la LVQ en contextos similares. Además, supuso sentar las bases de conocimiento sobre efectividad de estrategias de implantación entorno a la seguridad del paciente quirúrgico.

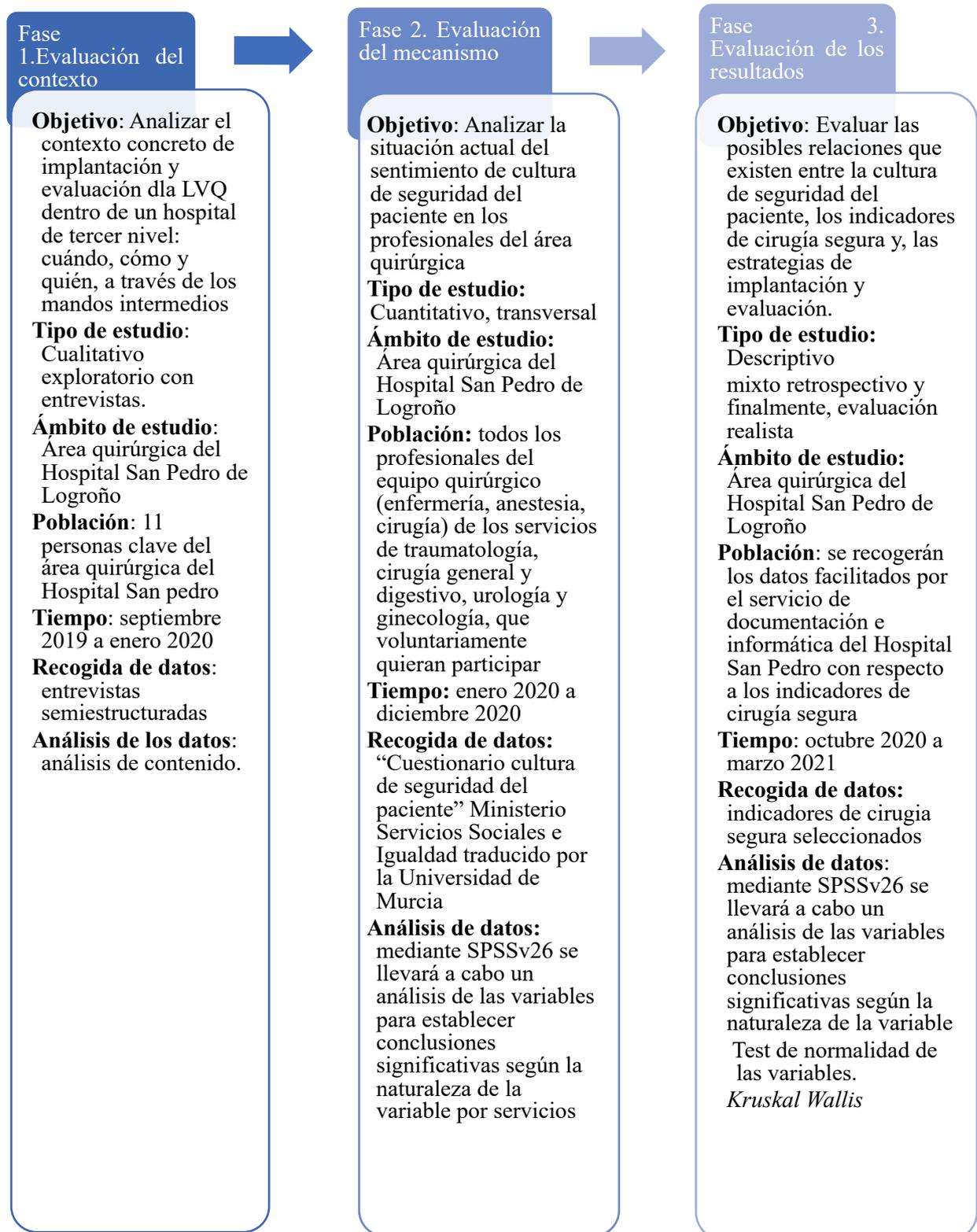
Posteriormente se procedió a diseñar el estudio. Se decidieron cuáles fueron los protagonistas del contexto quirúrgico que podían aportar información relevante a la investigación. Las entrevistas personales a mandos intermedios del equipo multidisciplinar permitieron explorar el funcionamiento del contexto de estudio. Dentro del contexto de estudio que tuvo en cuenta que conviven laboralmente en una misma área diferentes profesionales y, por tanto, actitudes, creencias y experiencias individuales.

En último lugar se observó hasta que punto se habían alcanzado niveles de efectividad con el uso de la herramienta, la LVQ, dentro de la organización. La recogida de indicadores de seguridad quirúrgica nos permitió establecer relaciones entre el contexto quirúrgico, las estrategias de implantación y, por último, la efectividad.

El proyecto ha simplificado las fases descritas por la evaluación realista a través del Modelo CMO. Con la ayuda del Modelo CMO se consiguió que cada una de las etapas correspondiera a un objetivo específico de la investigación (88).

Dentro del Modelo CMO es necesario clarificar las fases del proyecto de investigación, como se observa en la Figura 7. El contexto es el área quirúrgica de un hospital terciario, como mecanismo se consideraron tanto las estrategias de implantación de la LVQ como la cultura de seguridad del paciente de los profesionales. Todo ello, finalmente, se relacionó con los resultados seleccionados, dentro de los indicadores de cirugía segura.

Figura 7. Fases de la investigación según el modelo CMO.



Fuente: Elaboración propia

4.2 Evaluación realista: en torno a la investigación.

Este estudio de carácter descriptivo, mixto y retrospectivo a través de una evaluación realista se centró en el área quirúrgica del Hospital San Pedro, La Rioja (España). Este hospital es el de mayor número de camas y quirófanos de La Rioja. El estudio fue de carácter retrospectivo puesto que el inicio de la implantación de la LVQ tuvo lugar en 2015.

Respecto a la metodología mixta, cada vez se llevan a cabo más estudios que combinan datos cuantitativos y cualitativos para explicar intervenciones complejas como la que se describió en este trabajo. En esta investigación se utilizaron modelos convergentes de constante triangulación para que los datos recogidos se complementaran entre sí, dando una explicación realista de la situación de estudio (70).

El diseño del estudio fue aprobado por el Comité de Ética de La Rioja (Ref. CEImLAR P.I. 375, Anexo 2). Se realizaron de forma protocolizada los consentimientos informados requeridos a cada participante (Anexo 3). El estudio constaba de tres fases, como se observa en la Figura 7, que serán descritas a continuación.

4.2.1 Fase 1. Evaluación del contexto.

El objetivo específico de esta fase fue el primero de los propuestos: Analizar el contexto concreto de implantación y evaluación de la LVQ dentro de un hospital de tercer nivel: cuándo, cómo y quién, a través de los mandos intermedios.

En esta fase, se utilizó metodología cualitativa ya que consiste en analizar el contexto mediante la obtención de datos individuales dentro del equipo multidisciplinar quirúrgico, a través de entrevistas semiestructuradas.

4.2.1.1 Población y muestra.

Se llevo a cabo un muestreo por conveniencia entre los servicios quirúrgicos con mayor actividad de este hospital durante el año anterior a las entrevistas (año 2018). En el año

2018, el 81,38% de las cirugías programadas con hospitalización se realizaron en cuatro servicios con una amplia diferencia con respecto al resto:

Cirugía traumatológica (1695 cirugías)

Cirugía general (1315 cirugías)

Cirugía urológica (1128 cirugías)

Cirugía ginecológica y obstetricia (616 cirugías).

Cabe destacar que el porcentaje en el número de intervenciones dentro de los servicios mencionados se observó también en años anteriores. Además, se incorporaron mandos intermedios de dos departamentos transversales que participan obligatoriamente en todas las intervenciones quirúrgicas: anestesia y enfermería.

Dentro de la programación de entrevistas se incluyó aquel personal que pudiera aportar una opinión relevante desde los mandos intermedios o bien que fuera reconocido como líder, por los participantes, dentro del área quirúrgica.

Criterios de inclusión.

Mandos intermedios con posibilidad de toma de decisiones, relacionados con dos departamentos enfermería y anestesia. O bien, mandos intermedios relacionados con los siguientes servicios quirúrgicos que forman parte del estudio cirugía general, cirugía traumatológica, cirugía urológica y cirugía ginecológica y obstétrica.

Personas clave dentro del momento inicial de implantación de la LVQ, que se consideraron aquellos líderes asignados dentro de los profesionales asistenciales. Consentimiento informado firmado y voluntariedad de participar en el proyecto.

Criterios de exclusión.

Mandos intermedios que no corresponden a los servicios quirúrgicos anteriormente mencionados.

Mandos intermedios que no se encontraban en el servicio o departamento durante los intentos de implantación de la LVQ dentro del área quirúrgica del hospital.

Captación de los participantes.

Teniendo en cuenta la organización del hospital se seleccionó como informantes clave a jefes de servicios quirúrgicos, responsables de calidad de los servicios quirúrgicos seleccionados y anestesia, así como aquellos considerados mandos intermedios clave dentro del departamento de enfermería.

Para el reclutamiento de los sujetos entrevistados, la investigadora se puso en contacto vía email con cada uno de los seleccionados. A las personas que respondieron a este email se les solicitó una cita para la entrevista y se les envió de forma adjunta el consentimiento informado, que se llevó también de forma física para su firma.

Tras esto, se acordó lugar, fecha y hora, a elección de la persona que iba a ser entrevistada. En el consentimiento (Anexo 3) se informaba de que las entrevistas serían grabadas en audio para su posterior transcripción. La duración sería variable puesto que, aunque se ha elegido realizar entrevistas semiestructuradas, las preguntas serían abiertas y no se puso límite temporal a la conversación que suscitaron.

A las personas que no respondieron al primer email, se les contactó otras dos veces más con la correspondiente comprobación, considerando su falta de respuesta, un rechazo a la participación.

4.2.1.2 Recogida de datos.

Entrevistas semiestructuradas.

Las entrevistas semiestructuradas son una herramienta muy útil para conocer los puntos de vista de los entrevistados de una forma organizada a través de un guion preestablecido, pero que permite una expresión abierta (95).

Son el instrumento elegido para dirigir la temática con la fluencia del discurso verbal propio de cada entrevistado, que permite incluir aspectos más emocionales y descriptivos

de las experiencias con la seguridad del paciente, tanto del grupo como de la persona en concreto.

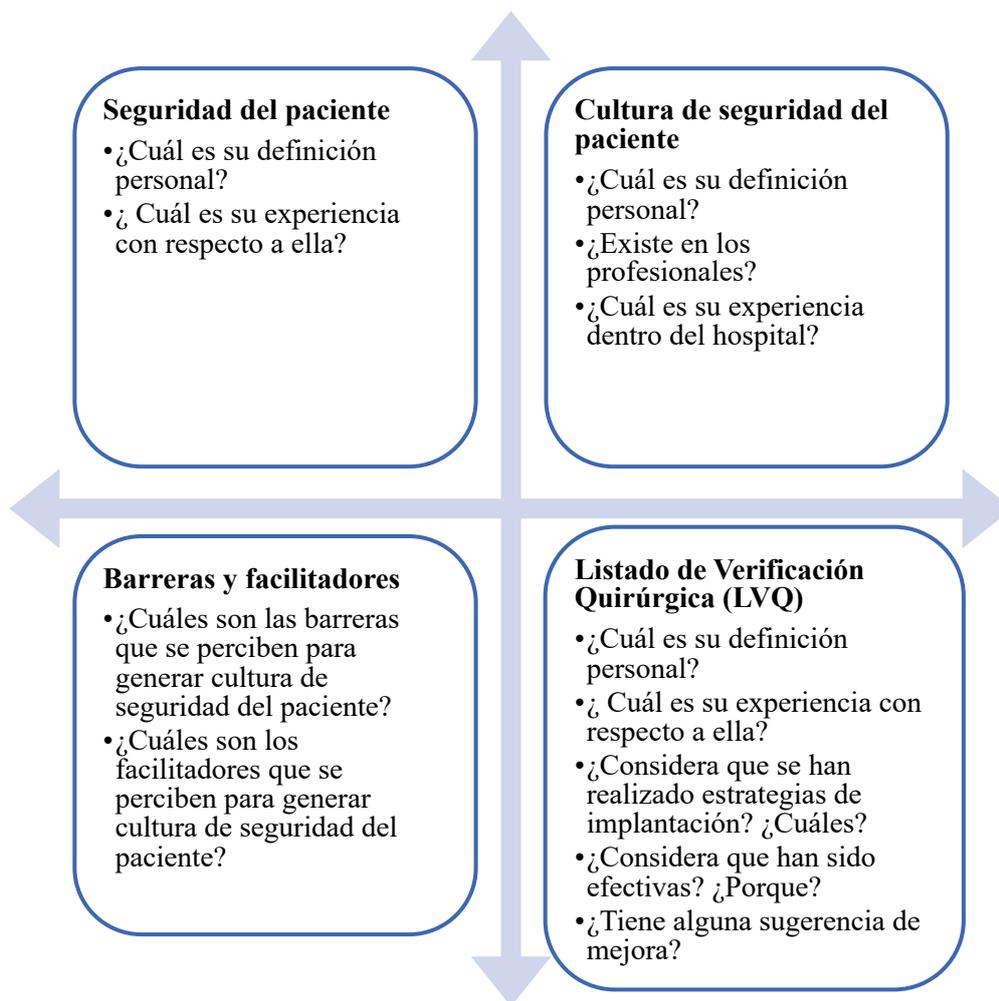
Flick, describió cuatro elementos importantes en la guía y realización de estas entrevistas, que sirvieron para su desarrollo durante esta investigación (91):

- Ausencia de dirección, que se define a partir de dos tipos de preguntas, unas más amplias como, por ejemplo, ¿cuál es su definición personal de seguridad del paciente? y otras más focalizadas, ¿considera que se han realizado estrategias de seguridad?, ¿cuáles? Este es uno de los puntos clave de la entrevista para no interrumpir el discurso, respetando las pausas y, reorganizando las preguntas si fuera necesario.
- Especificidad: se trata de conseguir respuestas para los aspectos clave establecidos por el guion o estructura. Sin embargo, no se pretende sólo encontrar términos generales. La especificidad se facilita a través de la inspección retrospectiva ¿cuál es su experiencia con la seguridad del paciente dentro del hospital? En este punto se consigue información mas o menos profunda acorde con el interés del estudio.
- Amplitud: el investigador pueda ampliar la formulación de preguntas o realizar preguntas de nuevo, si considera que hay algo que pueda ser interesante y se ha evitado o interrumpido en algún momento.
- La profundidad y el contexto personal: en este sentido, el entrevistador guiará el discurso hacia sentimientos, experiencias o comparativas.

Este método de entrevista es idóneo para explorar opiniones y percepciones de mandos intermedios sobre programas implantados puesto que genera un ambiente de confidencialidad y esto genera libertad de expresión. Además de permitir una suplementación a cuestionarios y ciertas cuestiones que necesitan una explicación más profunda (92). Requiere de un entrevistador que conozca el tema que se pretende explorar y que participe en la realización del guion de la entrevista, para estar familiarizado con el mismo (92).

En esta tesis, para la realización del guion de la entrevista se han utilizado los apartados del cuestionario de “Cultura de seguridad del paciente” (Anexo 4), traducido y adaptado al castellano por la Universidad de Murcia, a partir del desarrollado por la AHQR “Survey Patient Safety Culture” (Agency for HealthCare Research and Quality) (93,94) Además, se añadieron al guion preguntas concretas de la LVQ que se incluyen en la Figura 8.

Figura 8. Guion temático de las entrevistas semiestructuradas.



Fuente: Elaboración propia

4.2.1.3 Análisis de los datos.

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas verbatim por la investigadora, para su posterior análisis. Se llevó a cabo un análisis temático de los discursos siguiendo las fases descritas por Braun and Clarke (99): familiarización con los datos, generación de categorías o códigos iniciales, búsqueda de temas, revisión de temas, definición y denominación de temas y producción del informe final.

En primer lugar, la familiarización con los datos. A pesar de que, las grabaciones, anotaciones y entrevistas son realizadas por el autor se necesitó un periodo de inmersión en el texto. Por ello, se procedió a preparar los datos tras la grabación de las entrevistas y se realizó su entera transcripción teniendo en cuenta el discurso original, con la ayuda de un bloc de notas que recoge el énfasis, los gestos o las interrupciones percibidas así como otros datos de contexto que permiten enriquecer la transcripción.

En segundo lugar, se anonimizan los datos por orden de participación con las letras que corresponden al departamento o servicio del entrevistado según lo propuesto en la Tabla 5. Tras varias lecturas de las entrevistas se seleccionarán una serie de citas que se codificaron y clasificaron de forma manual, sin el uso de programas informáticos para un análisis minucioso de los mismos. Es necesario destacar que en la investigación se estableció una estructura de códigos con categorías basadas en la scoping review realizada con anterioridad (Anexo 1), en torno a las estrategias de implantación, lo que facilitó la agrupación de distintos aspectos.

Tabla 5. Codificación de participantes de las entrevistas semiestructuradas.

Código	Departamento
P1, A	Responsable de calidad de anestesia
P1, E	Supervisora de enfermería del área quirúrgica ambulatoria
P2, E	Supervisora de enfermería del área quirúrgica
P3, E	Coordinador enfermería área quirúrgica
P1, CG	Jefe de servicio cirugía general y digestivo
P2, CG	Responsable de calidad de cirugía general y digestivo
P3, CG	Líder de la LVQ, cirugía general y digestivo
P1, T	Jefe de servicio cirugía traumatológica

P2, T	Responsable de calidad de cirugía traumatológica
P1, G	Responsable de calidad de cirugía ginecológica y obstetricia
P1, U	Responsable de calidad de cirugía urológica

Fuente: Elaboración propia

En tercer lugar, se seleccionaron los temas y subtemas provenientes de las entrevistas, añadidos a los objetivos que describen el estudio entorno a la LVQ (93). Esta fase tuvo lugar de manera deductiva, utilizando los grandes bloques del guion de la entrevista.

En cuarto lugar, para cada una de las categorías se destacó, dentro de los resultados, las citas que más relevancia tienen dentro de las categorías y que permiten un análisis del contexto real.

Criterios de calidad de las entrevistas.

Y, por último, para garantizar la credibilidad y confiabilidad de los resultados todas las entrevistas fueron grabadas en formato de audio y se mantuvo un cuaderno de campo para anotaciones. Las entrevistas fueron transcritas textualmente y se separaron de las interpretaciones realizadas por el investigador principal durante la recogida de datos. Con estas interpretaciones se procedió a la triangulación de los datos con la participación de otros colaboradores de la investigación.

Para que los datos pudieran transferirse a contextos similares se decidió describir detalladamente el contexto, la muestra y las percepciones. Además, esta investigación contó con la colaboración de un experto en investigación cualitativa.

4.2.2 Fase 2. Evaluación del mecanismo.

El objetivo principal es conocer la opinión de los profesionales del equipo quirúrgico sobre el clima de seguridad del paciente. La opinión de los profesionales ha sido un indicador importante relacionado con la seguridad del paciente real, su gestión y mejora de la satisfacción tanto de los profesionales como del paciente (96).

4.2.2.1 Población y muestra.

Criterios de inclusión.

Profesionales del área quirúrgica que se encuentren en activo dentro de los departamentos de anestesia y enfermería. Así como los cirujanos de las siguientes especialidades: generales, traumatológicos, urológicos o ginecológicos.

Criterios de exclusión.

Profesionales mandos intermedios y personas clave de la LVQ, que no corresponden a servicios quirúrgicos anteriormente mencionados.

4.2.2.2 Recogida de datos.

Instrumento de recogida de datos

Cuestionario cultura de seguridad del paciente.

Como herramienta para analizar el clima de seguridad del paciente se ha elegido una traducción del Patient Safety Survey, validada por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHQR), que en castellano se titula “Cuestionario sobre seguridad del paciente” (Anexo 3), y que ha sido publicado por la Universidad de Murcia junto con el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (93).

El “Cuestionario sobre seguridad de los pacientes” se divide en cuatro secciones: tres principales y una complementaria:

1. Resultados de cultura de seguridad.
2. Dimensiones de la cultura de seguridad dentro de la unidad/servicio.
3. Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital.
4. Sección complementaria.

Dentro de estas secciones nos encontramos con 12 dimensiones diferentes, que corresponden a:

- 51 preguntas que utilizan la escala Likert.
- Preguntas para la descripción del profesional como, por ejemplo, ¿en qué año comenzó a trabajar en su servicio?.
- Una escala de evaluación del 1 al 19 para el clima de seguridad.

Variables recogidas.

Relacionadas con la descripción de la muestra:

- años de desempeño de la profesión,
- años de trabajo dentro del hospital,
- años de trabajo dentro e la unidad/servicio,
- horas de trabajo en el hospital/semana,
- contacto directo con el paciente,
- principal servicio en la unidad
- posición laboral dentro de la unidad

Relacionadas con el cuestionario:

- frecuencia de eventos notificados,
- percepción de seguridad,
- expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio en apoyo de la seguridad,
- aprendizaje organización/mejora continua,
- trabajo en equipo en la Unidad/Servicio,
- franqueza en la comunicación,
- feed-back y comunicación de errores,
- respuesta no punitiva a los errores,
- dotación de personal,
- apoyo de la gerencia del hospital a las iniciativas de seguridad del paciente,
- trabajo en equipo entre unidades y problemas en cambios de turno
- transiciones entre servicios/unidades.

Los cuestionarios fueron distribuidos de dos formas diferentes para garantizar la participación y cumplimentación de los mismos:

1. En formato papel: entregados a los jefes de servicio o responsables del área quirúrgica, previo acuerdo con los mismos, para la distribución entre el personal a su cargo, que los rellenarían de forma anónima y voluntaria.
2. En formato electrónico: con la ayuda de los responsables de departamento o servicio se facilitó por email corporativo un enlace online a través de la plataforma Google Forms, a la que se puede acceder con facilidad y sin necesidad de crear un usuario o registrar ningún tipo de información.

4.2.2.3 Análisis de datos.

Para el análisis de los datos aportados por el cuestionario se consideró útil el documento aportado por lo creadores del mismo, que permite analizar los resultados por dimensiones según: cultura de seguridad del paciente, cultura de seguridad a nivel unidad/servicio y cultura de seguridad a nivel hospital.

Las 12 variables incluidas se analizaron por separado. A cada una de estas variables le correspondieron entre tres y cuatro preguntas no ordenadas numéricamente. Un ejemplo es el trabajo en equipo unidad/servicio, para el que debimos analizar las preguntas: uno, tres, cuatro y once. De forma general las preguntas tenían opciones de respuesta en una escala tipo Likert (5 respuestas posibles), que se recodificaron en tres categorías como se observa en la Tabla 6:

Tabla 6. Recodificación de variables cuestionario fuente.

Negativo		Neutral	Positivo	
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Nunca	Raramente	A veces	Casi siempre	Siempre

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes.

Las dimensiones fueron clasificadas según la formulación como fortalezas u oportunidades de mejora de la siguiente forma:

$$\frac{\Sigma \text{ número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión}}{\Sigma \text{ respuestas totales de los ítem de una dimensión}}$$

Fortaleza si,

- $\geq 75\%$ de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo
- $\geq 75\%$ de respuestas negativas a preguntas formuladas en negativo

Oportunidad de mejora si,

- $\geq 50\%$ de respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo
- $\geq 50\%$ de respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo

Se considera necesario destacar que los autores del cuestionario realizaron un análisis de las diferentes dimensiones según Alfa de Cronbach. Dentro de estas, las consideradas con excelente obtendrían un valor mayor de 0,8; bueno, un valor de 0,7 y fiable, mayor de 0,6. Todas las dimensiones se reflejan según orden de fiabilidad en la Tabla 6.

Tabla 7. Fiabilidad de las dimensiones contenidas en el cuestionario.

Fiabilidad	Dimensión
Excelente	Notificación de eventos relacionados con la seguridad
	Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad
	Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio
	Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente
Bueno	Feed-back y comunicación sobre errores
	Trabajo en equipo entre unidades
	Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades
Fiable	Percepción global de seguridad
	Aprendizaje organizacional/mejora continua
	Franqueza en la comunicación
	Respuesta no punitiva a los errores
	Dotación de personal

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes.

4.2.3 Fase 3. Evaluación de los resultados.

En esta fase se completó el último de los objetivos específicos, que buscaba establecer las posibles relaciones que existen entre la cultura de seguridad del paciente, los indicadores de cirugía segura y las estrategias de implantación y evaluación, y evaluar de forma realista la situación actual de la LVQ en un hospital de tercer nivel a través de sus profesionales.

Para establecer las relaciones que existen entre la cultura de seguridad del paciente, el uso de la LVQ y los resultados cuantitativos en términos de morbimortalidad y pertinencia se utilizaron los indicadores que han sido establecidos por el Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social y asumidos por el gobierno de la comunidad autónoma de La Rioja.

4.2.3.1 Indicadores.

Dentro del Programa de Cirugía Segura del SNS, en el documento titulado Estrategia de Cirugía Segura se redactó un anexo que describe 13 indicadores clave en hospitales nacionales. Dentro de estos, encontramos los siguientes (97):

- número de hospitales adheridos al programa de cirugía segura,
- % de profesionales que cumplimentan el cuestionario de seguridad del paciente,
- % de profesionales que completen la formación en seguridad del paciente prevista en el programa,
- % de pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se aplica la LVQ,
- % ítems cumplimentados por observación directa de la LVQ,
- % listados en los que se detectan incidentes durante su utilización que dan lugar a una acción correctora inmediata,
- adecuación de la profilaxis tromboembólica farmacológica,
- incidentes o eventos tromboembólicos,
- disponibilidad de etiquetas de medicación,
- utilización de etiquetado de medicación,
- % de reingresos urgentes tras cirugía programada,
- ratio de reintervenciones de cirugía programada,

- mortalidad postoperatoria.

4.2.3.2 Recogida de datos.

De los 13 indicadores descritos en el documento se realizó una selección por conveniencia, centrándonos en tres de ellos por la posibilidad de acceso, el resto de los indicadores no fue posible obtenerlos. Los tres indicadores fueron: el % de pacientes intervenidos a los que se les ha aplicado la LVQ, la ratio de reintervenciones en cirugía programada y la mortalidad postoperatoria.

En el documento del Ministerio de Sanidad y Política Social mencionado, se encuentra una descripción de cada indicador con título, fórmula de cálculo, aclaraciones, tipo de indicador, según sea de proceso o resultado, básico u opcional, frecuencia de evaluación y referencias bibliográficas. En la Tabla 8, se pueden ver las características de los indicadores seleccionados en este estudio.

Tabla 8. Descripción de los indicadores seleccionados programa cirugía segura SNS.

Título	Fórmula de cálculo	Tipo de indicador	Frecuencia
% de pacientes intervenidos a los que se les ha aplicado la LVQ	Nº pacientes a los que se les ha intervenido de cirugía programada x100/nº total de pacientes intervenidos de cirugía programada	Proceso Básico	Basal y final
Ratio de reintervenciones en cirugía programada	Pacientes que son llevados a quirófano de forma no programada durante el ingreso o hasta 30 días de la intervención previa x100/ total de pacientes intervenidos de forma programada	Resultado	Anual
Mortalidad postoperatoria	Nº de pacientes que fallecen durante el periodo de hospitalización tras una intervención quirúrgica x100/nº total	Resultado	Anual

	de pacientes intervenidos de cirugía programada con ingreso		
--	---	--	--

Fuente: *Elaboración propia.*

Para conseguir el indicador de % de pacientes intervenidos a los que se les ha aplicado la LVQ, se solicitaron a los coordinadores y dirección del área quirúrgica, con la autorización del Comité de Ética de La Rioja.

En el caso de los otros dos indicadores fueron facilitados previa cita vía email corporativo, por el Servicio de Archivo y Documentación Clínica del Hospital San Pedro, bajo petición expresa Anexo 5.

Se incorporaron al estudio un indicador de proceso relacionado con la LVQ y dos de resultado básico.

El indicador % pacientes intervenidos a los que se les ha aplicado la LVQ, desde 2016 a 2020 fue facilitado por el área quirúrgica en formato Excel, en un documento dividido en columnas por especialidades quirúrgicas, semana del año, nº de intervenciones/semana, nº de LVQ realizadas/semana.

El Servicio de Documentación del hospital, a través de la aplicación Decisys-APR, la cual permite realizar un análisis, comparar y evaluar indicadores basados en la agrupación Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), aportó la ratio de reintervenciones en cirugía programada y la mortalidad postoperatoria.

La ratio de reintervenciones que sucedieron tras 30 días de la intervención de cirugía programada fue facilitada desde 2016 a 2020 por el servicio de Archivo y Documentación Clínica del hospital en formato Excel en un documento dividido por columnas por especialidades quirúrgicas, intervenciones, reintervenciones y la suma de ambas.

La mortalidad postoperatoria, también sucedida tras 30 días de una intervención quirúrgica, fue facilitada para los años de 2016 a 2020 por el servicio de Archivo y Documentación Clínica del hospital a través de una imagen dividida en columnas por año,

actividad (hospitalización, cirugía ambulatoria u hospital de día médico), casos (nº intervenciones), éxitos, % éxitos postquirúrgico.

4.2.3.3 Análisis estadístico.

A través del programa estadístico SPSSv26 se realizaron los análisis indicados para el objeto de investigación. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo que permitió una visión global a través de frecuencias. En segundo lugar, según la naturaleza de los indicadores y las variables recogidas a través del compromiso de objetividad del investigador, y tras comprobar que las variables no se comportaban con normalidad, se procedió a realizar los siguientes análisis: Kruskal Wallis y Chi cuadrado dependiendo de la naturaleza de las variables, para establecer posibles diferencias, y Rho de Spearman, para la relación entre variables.

4.2.4 Información de los resultados de la evaluación realista.

Con el fin de garantizar la transparencia y la calidad del estudio, se utilizó como guía el RAMESES II *Reporting Standards for Realistic Evaluation* para estructurar e informar de los métodos de recogida y análisis de datos. Esta evaluación se realiza a través del cuestionamiento desde el inicio, del contexto en el que se instaura en este caso la LVQ. Con estas relaciones se podrán establecer áreas de mejora para conseguir una mayor efectividad en el uso de esta herramienta. Además, esta evaluación permite la descripción minuciosa de un proceso de implantación de herramientas similares en este ámbito que puede servir de modelo para todas aquellas que se quieran incluir en el futuro produciendo una guía que garantice que se implementan acciones de forma correcta y que se consiguen los resultados esperados (98).

Por último, se desarrolló una combinación de las posibles influencias de las estrategias de implantación llevadas a cabo con los efectos en los indicadores de resultados y de proceso obtenidos a lo largo de toda la investigación.

RESULTADOS

RESULTADOS

5.1 Contextualización: área quirúrgica del Hospital San Pedro.

El Hospital San Pedro de Logroño (La Rioja) es un hospital terciario que cuenta con un total de 522 camas. Es necesario destacar que es el hospital cuenta con financiación pública y es el de mayor tamaño y cartera de servicios dentro de La Rioja. La Rioja es una comunidad autónoma que tiene 316.798 habitantes censados en el año 2019.

Este estudio se desarrolló dentro del área quirúrgica. En el área quirúrgica se encuentran 14 quirófanos, ampliables a 16, que comparten varias especialidades, 4 quirófanos de obstetricia y 18 puestos de reanimación postanestésica.

Para la recogida de datos se tuvieron en cuenta intervenciones quirúrgicas que requirieron hospitalización y habían sido programadas puesto que existen circunstancias especiales en los casos relacionados con la LVQ y las cirugías ambulatorias y urgentes que pueden sesgar el estudio.

En el momento de diseño de este estudio se seleccionaron los servicios quirúrgicos para asegurar la homogeneidad de los datos en torno a los datos recogidos durante 2018. Sin embargo, para confirmar la pertinencia de los datos seleccionados la actualización de 2019 nos permite confirmar la adecuación de la muestra. En el año 2019 se realizaron un total de 5835 intervenciones, de las cuáles, el 71,65% fueron realizadas por cuatro servicios. Entre estos cuatro servicios y el número de cirugías del resto se observó una brecha importante. Además, como se observa en la Tabla 9 esto no sólo sucede en el año 2019 sino que es una tendencia habitual.

- cirugía traumatológica (1635 cirugías),
- cirugía general (1317 cirugías),
- cirugía urológica (1229 cirugías),
- cirugía ginecológica y obstétrica (613 cirugías).

Tabla 9. Intervenciones programadas con hospitalización.

Intervenciones programadas con hospitalización	2018	2019	% variación
Cirugía General y Digestiva	1.315	1.317	0,15%
Cirugía Plástica	185	182	-1,62%
Cirugía Maxilofacial	17	26	52,94%
Cirugía Torácica	113	105	-7,08%
Cirugía Vasculat	314	316	0,64%
Ginecología	616	613	-0,49%
Oftalmología	163	170	4,29%
O.R.L.	296	242	-18,24%
Traumatología	1.695	1.635	-3,54%
Urología	1.128	1.229	8,95%
TOTAL	5.842	5.835	-0,12%

Fuente: Memoria anual Hospital San Pedro (2019).

5.2 Contextualización y evaluación de la implantación del Listado de Verificación Quirúrgica: a través de los mandos intermedios.

Para seguir la metodología de la evaluación realista y ante la no existencia de documentación histórica oficial que certifique el inicio de implantación de la LVQ, como, por ejemplo, actas de reuniones u hojas informativas internas; se entrevistó a los mandos intermedios con el fin conocer los detalles del momento de implantación y el estado actual de la LVQ, lo que correspondería a la Fase 1. del proyecto a través del modelo CMO.

Aunque inicialmente cumplían los criterios de inclusión 14 participantes, finalmente se realizaron un total de 11 entrevistas a personas que tenían un papel relevante en la implantación de la LVQ (Tabla 10). Las entrevistas se realizaron desde diciembre 2019 a febrero de 2020.

Tabla 10. Características de los participantes.

Servicio de enfermería (n=3)	Coordinador de Enfermería en el bloque Quirúrgico (n=1)
	Supervisoras de quirófano (n=2)
Servicio de anestesia (n=1)	Responsable de calidad (n=1)
Servicio cirugía traumatológica (n=2)	Jefe de servicio (n=1)
	Responsable de Calidad (n=1)
Servicio cirugía general (n=3)	Jefe de servicio (n=1)
	Responsable de Calidad (n=1)
	Responsable LVQ (n=1)
Servicio urología (n=1)	Responsable de Calidad (n=1)
Servicio ginecología y obstetricia (n=1)	Responsable de Calidad (n=1)

Fuente: Elaboración propia.

5.2.1 Datos descriptivos de las entrevistas.

Las entrevistas duraron desde 17 hasta 33 minutos. Todas se realizaron presencialmente con la participación del entrevistado y entrevistador. El lugar siempre fue una sala cerrada, provista por el entrevistado, preservando la fluidez del discurso y la intimidad. Para favorecer un discurso cara a cara, el entrevistador se colocó físicamente de frente al entrevistado.

Sin excepción, fueron grabadas con consentimiento previo firmado, a través de una grabadora móvil. En una primera parte, el entrevistador realizó una presentación del proyecto, una breve introducción de los objetivos y destacó la relevancia de las entrevistas para la consecución de este estudio.

En todas las entrevistas se realizaron todas las preguntas incluidas en el guion. Sin embargo, existieron diferencias en la duración (como se menciona con anterioridad) y profundización, algo característico en las entrevistas semiestructuradas.

En los departamentos de enfermería, cirugía general y traumatología conseguimos entrevistar al 100% de los participantes propuestos inicialmente. Mientras que, en los departamentos de urología, anestesia y ginecología y obstetricia no obtuvimos respuesta de los jefes de servicio, por lo que, solo fue posible entrevistar a los responsables de calidad (Tabla 10).

Dado que todos los profesionales propuestos dentro de los departamentos como responsables de calidad participaron, se procede a definir la figura profesional en el contexto de la organización. La definición que surgió del conjunto de las entrevistas fue: “Los responsables de calidad representan a su servicio dentro de los comités de calidad y reciben datos relevantes relacionados con la calidad y seguridad del paciente dentro de su servicio. Han sido establecidos como líderes formales de forma voluntaria.”

Con el fin de esquematizar los resultados obtenidos en las entrevistas, se realizó la siguiente categorización (Tabla 11). Las categorías se deducen, en parte, del guion llevado a cabo en las entrevistas (Figura 8) pero, se vio influido para la consecución de las Fases

2 y 3. Finalmente, los temas que se seleccionaron, y que a juicio de la investigadora contribuían de mejor manera a la explicación del fenómeno de estudio fueron los representados en la Tabla 11.

Tabla 11. Temas, subtemas y códigos de las entrevistas semiestructuradas.

Temas	Subtemas	Códigos
La seguridad del paciente: un análisis contextualizado	<i>Seguridad del paciente</i>	Definición
		Pertinencia o importancia
	<i>Cultura de seguridad del paciente</i>	Definición
		Percepción en los profesionales
		Percepción en la organización
	La seguridad del paciente quirúrgico: un análisis contextualizado específico	<i>El Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ)</i>
Pertinencia e importancia		
Fortalezas percibidas del uso		
Definición de barreras		
Definición de facilitadores		
<i>Momentos de implantación de la LVQ</i>		Primer momento de implantación: prueba piloto
		Segundo momento de implantación
		Tercer momento de implantación

Fuente: Elaboración propia

5.2.2 La seguridad del paciente: un análisis contextualizado.

Como se refleja en la metodología seguimos un guion (Figura 8) basado en los apartados que se exploran en el “Cuestionario sobre Seguridad del Paciente” (97).

En este punto, las entrevistas aportaron una visión sobre la seguridad del paciente, en general y la cultura de seguridad del paciente, en particular. Esto, a su vez, permite

conocer una visión global de los conceptos dentro del contexto quirúrgico desde una perspectiva que podría ser o no diferente a los profesionales que trabajen en el hospital.

De los dos grandes subtemas seleccionados se analizaron los resultados en base a los siguientes códigos: definición, pertinencia e importancia, percepción en los profesionales y percepción dentro de la organización.

5.2.2.1 La seguridad del paciente a través de los mandos intermedios.

En la estrategia de seguridad del paciente del SNS se define como: “la dimensión esencial de la calidad asistencial que implica desarrollar estrategias para reducir el daño innecesario al paciente asociado a la asistencia sanitaria.”(34)

En cuanto a este término se han observado muy diferentes puntos de vista. En las definiciones que encontramos en torno a la seguridad del paciente se refieren o bien con ejemplos o bien acompañado de las palabras evitar/predecir y daños/riesgos.

La seguridad del paciente a través de la ejemplificación para evitar daños y riesgos.

De las definiciones de seguridad del paciente se destaca que es un concepto muy amplio. Se describió través de ejemplos como la información, la comunicación efectiva o las medidas de comprobación que se incluyen en todo el proceso asistencial.

“una buena información, una buena comunicación entre los profesionales, y una buena comunicación paciente-profesional también eso es.” (P1, E)

Otros ejemplos hacen referencia al tratamiento, diagnóstico o información correcta. Añadiendo el confort del paciente dando muestras de la amplitud de acciones que se deben llevar a cabo en seguridad del paciente durante el transcurso del acto asistencial.

“prácticamente todo desde el bien hacer, las [silencio] todo lo que suponga confort para un paciente, todo lo que suponga o nos lleve a un diagnóstico correcto, tratamiento correcto e información correcta. Eso es un concepto muy amplio.” (P1, CG)

También se encontró la palabra resultados de la actuación sobre el paciente, como justificación para la toma de medidas que evitan incidentes en la atención.

“son todas las medidas eh, desde el primer momento que tiene el paciente contacto con el hospital hasta que termina la atención. Todas las medidas que hay que tener en cuenta para que no haya eh, ningún incidente, previsible y que pueda haber pues vaya una serie de medidas para que no haya ningún problema de los que se pueden prever al que finalmente puede pues influir sobre los resultados de la actuación sobre el paciente.” (P2, CG)

Además, se destaca que estas medidas deben incluirse dentro de la dinámica diaria para evitar accidentes, errores y lesiones, entre otros. Y, se añade, la globalidad, el equipo y la responsabilidad.

“son una serie de medidas vía test o bien cuestionario, bueno, una serie medidas en conjunto destinadas a evitar errores tanto desde el ámbito en el quirófano desde anestesistas, el cirujano eh, cualquier tipo de accidente que pueda ocurrir en el ámbito ya no solamente de una alergia sino de la preparación del quirófano que pueda retrasar y pueda modificar lo que es la marcha de un quirófano diario y demás, medidas globales y en equipo” (P1, A)

“poner todos los medios evitables o poner todos los medios a nuestro alcance para evitar todos los daños redundantes, evitables” (P3, CG)

“Pues todas las actuaciones necesarias para evitar lesiones o riesgos innecesarios o evitables para el paciente.” (P1, T)

Uno de los informantes describió seguridad del paciente con un ejemplo en su propio servicio. Se refirió al más visible de los errores que se pueden cometer, realizar una

cirugía en el lugar erróneo. Sin embargo, es importante destacar que se percibe una opinión dubitativa e insegura de un concepto que es variable según la perspectiva.

“yo pues lo que yo pienso lo primero que se me viene a la cabeza es que si una persona viene para operarse la pierna derecha pues eh pues eh claro referente a lo mío. Pues me imagino indicar, o sea, operar lo que esta indicado. Yo, vamos es lo que entiendo que me da la sensación de que no es lo que es” (P2, T)

5.2.2.2 Percepciones sobre la importancia de la seguridad del paciente a través de los mandos intermedios.

La seguridad del paciente es fundamental en las rutinas diarias.

En cuanto a la importancia se optó en la mayoría de las ocasiones por acompañar el término con adjetivos tales como fundamental, básico, primordial e incluso vital.

De nuevo, se encontró la referencia a la amplitud del término y se remarcó la necesidad de reproducir acciones encaminadas a la seguridad del paciente de forma rutinaria en el personal facultativo.

“es un concepto muy amplio, la seguridad es uno de los iteres que debe primar en todo facultativo, pero no se de que aspecto me quieres hablar porque claro seguridad es un aspecto que abarca.” (P1, CG)

“Vital, primordial y sobre todo la seguridad tanto en planta como quirúrgica, por supuesto.” (P1, U)

“Muy importante, muy importante, básico sobre todo en el quirófano eh, sí, un aspecto básico.” (P1, G)

De los grupos de profesionales, solo algunos refieren la seguridad del paciente dentro de todo el ámbito asistencial sin centrarlo únicamente dentro del área quirúrgica, lo que

puede ser fruto de la contextualización del proyecto dentro del área quirúrgica en la entrevista.

“eh, y también [silencio] es importante en cosas como las infecciones de las vías ¿no? Y la protocolización de esas cosas.” (P2, T)

“La seguridad del paciente en principio es una herramienta fundamental y necesaria. Sobre todo, más necesaria que fundamental, porque sino eh, trabajamos para que nuestros procesos nuestras herramientas, nuestro funcionamiento sea el adecuado para que el paciente no tenga ningún riesgo.” (P3, E)

5.2.2.3 La cultura de seguridad del paciente a través de los mandos intermedios.

En la estrategia del MSSSI no se define “Cultura de Seguridad del Paciente” sino su justificación “es un requisito indispensable para prevenir y minimizar incidentes relacionados con la seguridad del paciente y poder aprender de los errores para reducir la probabilidad de que se vuelvan a producir”(34).

Mientras que, la European Society for Quality in Healthcare, la define como el modelo integrado de comportamiento individual y organizativo, basado en creencias y valores compartidos, continuamente orientado a minimizar los daños asociados a la atención sanitaria.(103)

Dentro de este concepto se observaron diferentes reacciones y definiciones: algunos de los participantes lo tuvieron claro, otros se sorprendieron inicialmente con la pregunta y otros se quedaron en blanco y referían no tener palabras para describirlo concretamente. Se asocia en algunas entrevistas con la palabra cultura a nivel global: generar hábitos, algo del día a día, implicación, conciencia, incorporación al acto asistencial.

“habituarse al personal a hacer esa serie de medidas destinados a lo que hemos dicho que es la seguridad del paciente o la disminución de riesgos quirúrgicos” (P1, A)

De especial mención resulta el símil con los hábitos nutricionales saludables en obesos como forma de prevención, es decir, aporta una visión amplia sobre cultura de seguridad del paciente.

“sería como en una población no comer grasas para evitar el descenso de infarto o de la obesidad, pues eso es la cultura, que cada persona lo tenga integrado en el día a día” (P1, A)

Definición relacionada con algo que tiene que ser intrínseco a la profesión, muy claro e incluso, obligatorio para el desempeño asistencial, ayudando al paciente y a los profesionales.

“Puf, pues no se como te la definiría una cosa que debemos tener todos en la cabeza y que debemos tener muy claro que es obligatorio tanto por el paciente como por nosotros mismos.” (P2, E)

La cultura surge de la empatía, de ponerse en el lugar del paciente.

“Una forma muy sencilla de decirlo es que trata al paciente como le gustaría que le trataran a el mismo. Si somos capaces de empatizar de tal manera que al que estamos cuidando, es cómo si fuéramos nosotros o nuestro familiar más querido, probablemente estemos usando la cultura de seguridad al 100%.” (P3, E)

Dentro del servicio de cirugía general se refieren dos conceptos diferentes que describen la cultura de seguridad del paciente: desde la creencia individual inherente o el concepto externo de creer en la seguridad del paciente.

“esa cultura tiene que estar, inherente y metida en la cabeza de cada profesional que trabaja con pacientes” (P1, CG)

“es digamos, hacer que la gente crea en la seguridad del paciente y en base a eso realice su labor” (P1, CG)

También se entiende como la creencia de percibir la seguridad del paciente como algo importante a lo largo de todo el proceso asistencial, debiendo realizar acciones para preservarla.

“la información que tenemos que tener para creer que realmente la seguridad del paciente eh [silencio], lo importante que es la seguridad el paciente, lo importante que es en cualquiera de las actividades que realizamos en el hospital. Convencerlos realmente de que las intervenciones entorno a la seguridad del paciente pues tienen que estar muchas veces protocolizadas.” (P2, CG)

El uso de la conciencia de los profesionales con las acciones en seguridad del paciente.

“pues que todos los profesionales que trabajamos en ello estemos concienciados de que, con nuestras [silencio], que podemos realizar acciones que eviten riesgos que muchas veces no estamos concienciados.” (P1, T)

Para algunos informantes, la definición de seguridad del paciente y la de cultura de seguridad del paciente son prácticamente sinónimas.

“Pues creo que igual” (P2, T)

5.2.2.4 Percepción de la cultura de seguridad del paciente en los profesionales.

Se pueden observar tres puntos de vista muy diferenciados: no existe, es necesario mejorar y, sin embargo, otros participantes, refieren que sí, en su colectivo, pero no en el resto de los profesionales con convencimiento absoluto. Entre los aspectos más relevantes se encontró la palabra unificar, entendida como la homogenización del sentimiento hacia la seguridad del paciente.

La cultura de seguridad del paciente es percibida de múltiples formas por los informantes.

Se destaca que, en general, se percibe una falta de cultura de seguridad, dentro de la organización.

“No, claramente, no [existe cultura de seguridad del paciente]. En la Rioja no porque somos animales de costumbres y esto hasta ahora no se había hecho” (P1, A)

“Pues bueno yo creo que estamos bastante escasos en esta cultura porque afortunadamente los efectos adversos, normalmente son mínimos y entonces pues bueno, no hay muchos problemas en el día a día” (P2, CG)

Se especifica que existe sólo en el colectivo enfermero.

“En cuanto al profesional de enfermería aquí si [existe cultura de seguridad del paciente]” (P1, E)

“De enfermería si, en otros profesionales a veces dudo.” (P2, E)

En otros, se percibe una mejora, aunque aún quede un largo camino por recorrer. Aunque también una falta de cultura por el hecho de que suceden pocos eventos adversos.

“Cada vez hay más. Falta cultura, falta concienciar, pero cada vez hay más. Sobre todo, en el ambiente quirúrgico que nos movemos nosotros. O sea, sí, hay cultura, pero todavía queda bastante por hacer.” (P1, CG)

“esta mejorando [silencio] pero sigue siendo muy mejorable. Muchas veces es porque los conceptos no están bien definidos y, sobre todo, ponerlo en práctica con cosas como los que vamos ha hablar, del listado [LVQ].” (P3, CG)

“creo que está empezando a haber. Creo que no ha habido en mi servicio y creo que en general [no ha habido]. Entonces yo creo eh, que desde hace un año, dos años, se empieza a inculcar esa cultura, a promover el cambio.”, (P1, T)

“No siempre. Aunque yo creo que cada vez más” (P2, T)

Se percibe una cultura, aunque desigual y fragmentada entre los profesionales.

“cultura en principio hay cultura, pero como todo lo que pasa es que no se sigue bien la cadena. Eh, se repiten muchos factores, pero sí, la gente está concienciada, aunque cada uno en su parte hay que intentar unificar esa cultura.” (P1, U)

Se percibe una existencia de cultura de seguridad potenciada y observada a través de charlas.

“Los profesionales si, yo creo que hemos tenido varias charlas sobre esto y yo creo que sí están concienciados yo creo que sí.” (P1, G)

La cultura existe, porque une a los profesionales por el bien de los pacientes.

“Yo creo que sí, que en un principio la gente esta por la labor de que a nuestros pacientes no les ocurra nada.” (P3, E)

5.2.2.5 Percepción de la cultura de seguridad del paciente dentro de la organización.

Es unánime la respuesta de que el hospital realiza acciones para favorecer la cultura de seguridad del paciente. Uno de los aspectos más importantes es que no lleguen a los profesionales. Además, se observa una percepción global de los profesionales que destacan el hecho de que la organización haya realizado acciones efectivas para mejorar la cultura a nivel global.

“Pues hombre, algunas sí. Intenta hacerlo hay equipos por ejemplo un equipo de SELENE nos facilita mucho.” (P2, E)

“Yo creo que sí, creo que se hacen más de las que se comunican. Volvemos al problema que te he dicho antes, que toda la información no llega por igual a todas las partes” (P3, E)

“Hombre pues últimamente sí que se está realizando una serie de medidas en las comisiones de calidad” (P2, CG)

*“Realiza acciones, pero igual te digo, deberíamos hacer más eh [silencio]
O sea, es una cosa que se ha mejorado, pero que es muy mejorable.”, (P3, CG)*

“últimamente sí que se está realizando una serie de medidas en las comisiones de calidad, se están propiciando una serie de medidas. Sobre todo, hay un protocolo de calidad en el paciente quirúrgico.” (P1, U)

*“la insistencia y el empeño personal de la dirección porque esto salga adelante”
(P1, G)*

5.2.3 La seguridad del paciente quirúrgico: un análisis contextualizado.

Dentro de la seguridad del paciente, este estudio, se centró en el análisis específico en torno al área quirúrgica, de lo que se destacan dos subtemas especialmente relevantes: la LVQ y los momentos de implantación de la mencionada LVQ.

Dentro de la LVQ se quiso conocer qué entendían nuestros informantes por LVQ, cuál creían que era su pertinencia, así como las percepciones en torno a sus fortalezas.

5.2.3.1 La LVQ a través de los mandos intermedios.

Según la OMS, la LVQ se define como: “una herramienta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables”(104).

En las definiciones los entrevistados refirieron la palabra ítems, pero varían los conceptos tales como: instrumento o encuesta. Se asocia al concepto de evitar riesgos, directamente relacionado con la seguridad el paciente.

“es una serie de ítems que hay que ir completando el que bueno pues se intenta minimizar todos los factores eh que pueden dar a error pues minimizar la posibilidad de que todos esos factores se pasen por alto. Es decir, intentar en lo que esta en nuestra mano intentar que no se produzcan los errores previsibles.” (P2, CG)

“Pues un instrumento si, un instrumento de seguridad para evitar daños evitables para, si estos se producen, detectarlos pronto sin poder llegar digamos a las consecuencias de lo que vamos ha hacer eh.” (P3, CG)

Se define, más concretamente, cómo una lista estructural dividida en tres partes, actualmente adaptada al área quirúrgica. Uno de los participantes destaca la necesidad percibida de adaptarlo a cada servicio contradiciéndose, a su vez, refiriendo que no es posible.

“yo creo que están estructuradas las tres partes. Eh, creo que se ha hecho adaptación a la realidad del hospital. De hecho, creo recordar, que cada servicio quería adaptarlo a su realidad, cosa que no podía ser.” (P3, E)

Se utiliza la palabra encuesta lo que hace pensar sobre la necesidad de que alguien responda entendida como una herramienta para que todo se encuentre adecuadamente preparado, se menciona, en especial, el material.

“Una encuesta que engloba las características, desde tener material quirúrgico preparado, el respirador del anestesista preparado, o sea, tener todo a punto” (P1, A)

Se incluye en la LVQ la participación del paciente, de forma muy acertada, el anestesista y el facultativo, no se menciona la colaboración enfermera en esta ocasión. También se hace referencia a su utilidad práctica con ejemplos en como: previsión para transfundir sangre, lugar quirúrgico correcto y profilaxis antibiótica.

“Pues el facultativo y el paciente, pues [silencio] contestar a una serie de cosas con el anestesista para verificar y estar 100% seguros que lo básico, como que tenga

pruebas cruzadas y que tenga puesto el antibiótico pues, esté bien y que si viene a operarse la pierna derecha se le opere de la pierna derecha.” (P2, T)

Se hace referencia a la orientación o adaptación de las respuestas hacia una u otra solución.

“Ahora sí que está muy bien orientado, es decir, si esta puerta la abro tengo estas opciones por donde salir y [silencio] tampoco es que sea muy largo.” (P1, U)

5.2.3.2 Percepciones sobre la importancia de la LVQ a través de los mandos intermedios.

La LVQ es necesaria e importante para la mayoría de los entrevistados. A pesar de esto, algunos expresaron que dependía de la situación e incluso que si no se llevaba a cabo de forma correcta podía suponer un riesgo. Y tan sólo uno de los participantes hizo referencia a su importancia a nivel judicial.

La LVQ y su importancia percibida de forma desigual entre los entrevistados.

Se encuentra la diferenciación entre realizar adecuadamente o no la LVQ. La LVQ debe ser usada de tal forma que permita la inclusión del equipo multidisciplinar y cumpla con el objetivo de servir de forma real como comprobante, de esta forma se considera necesario.

“Considero que es necesario que se lleve a cabo si se hace bien. Si lo hacemos como un mero tramite chequeo, chequeo, pero realmente no estoy comprobando y no estoy implicando al resto del equipo [silencio] el que rellene los tics la enfermera no tiene ningún sentido, si se hace en equipo, sí” (P3, E)

Se refiere que dependiendo de las cirugías no es necesario el uso de la LVQ, concretamente en las ocasiones de anestesia local o si no se realiza ningún implante.

“En las cirugías locales puras y duras yo particularmente no lo considero. No pones tampoco ningún implante, no pones nada importante. Entonces, no considero que haga falta [la LVQ]. Entonces, en el resto creo que está bien” (P2, E)

Sirve como instrumento para encontrarte in situ, dentro del ámbito quirúrgico, aportándote información del entorno, es una herramienta para aumentar la seguridad del paciente entre los profesionales.

“es que te pone en la situación en la que estás metido en ese momento, digamos te pone en el escenario, en el campo que te vas a mover. Eh, tienes información del compañero también, que, a lo mejor, en otro momento la desconoces. No sé, como que a mi, ya no como seguridad del paciente, a mi como profesional me daría más seguridad.”
(P1, E)

Se percibe una necesidad de integración de la LVQ dentro del servicio de anestesia por su beneficio cercano. Esto se entiende porque en la definición los ítems comprueban el material con el que los anestesiistas realizan su trabajo, por ejemplo, los respiradores. Además, se refleja la importancia legal, aspecto aparentemente desconocido por el resto de los participantes.

“yo creo que el anestesiista además es un grupo que precisamente porque el entorno nos concierne somos del grupo más integrado o que le vemos más beneficio” (P1, A)

“además, no nos damos cuenta de que esto puede ser judicialmente necesario, esto se debería remarcar más” (P1, A)

Se refiere a la LVQ como una estrategia fundamental, que refleja el trabajo de cada profesional que ha estado en contacto con el paciente.

“Es fundamental. Yo siempre hablo de nuestro ámbito quirúrgico todas las personas que tienen contacto con el paciente. En principio, desde la persona que prepara a un paciente, debería tener también un ítem donde ponga que lo ha hecho bien, correctamente.”

Se refiere a la LVQ como algo sencillo, con poco coste en términos de sobrecarga de trabajo y de economía, que sirve para mejorar la seguridad del paciente a través de la corresponsabilidad del equipo, estos dos últimos conceptos son relevantes en la forma de entender la LVQ.

“me parece que es un elemento de seguridad digamos que cuesta poco, que está al alcance de todos, que se hace fácil, que evita los daños, que los mitiga, que favorece la responsabilidad y la corresponsabilidad de todos, que favorece el trabajo en equipo y que favorece la continuidad asistencial. O sea, tienen todo eso de una forma además barata y eficiente.” (P3, CG)

De nuevo nos encontramos con la palabra fundamental. Según la percepción del entrevistado, se debería hacer por devoción. El que no se considere la LVQ necesaria está obsoleto.

“Actualmente, correcta. Ha hecho falta pulirla, ha hecho falta corregir cosas, pero ahora es correcta [silencio], es fundamental.” (P1, U)

“todo el mundo debería hacerlo y no por obligación sino por devoción y porque la gente opina que sirve. Está claro que el que opine que no es aceptable pues, ¡está anclado en el siglo XIX!, es decir, la LVQ es bueno, la mayoría lo sabe, pero si no me obligan pues que lo haga otro” (P1, U)

Se percibe la LVQ como necesario si no irrumpe en la práctica diaria siendo una sobrecarga, sino que sean una serie de preguntas fáciles de contestar, concretas.

“Yo creo que sí. Yo creo que tiene que ser un listado necesario, fácil y rápido de hacer con preguntas muy concretas y respuestas muy concretas y que no haga mucho [silencio] que no retrase mucho el tema.” (P1, G)

5.2.3.3 Percepción de las fortalezas más importantes inherentes a la LVQ a través de los mandos intermedios.

En los apartados anteriores se ha podido observar la definición, pertinencia e importancia de la LVQ dentro del área quirúrgica de estudio. Pero, en el discurso de los participantes, a pesar de no existir una pregunta concreta referente a las ventajas que aporta la LVQ se han podido reflejar una serie de puntos clave que se perciben y que deben ser remarcados para conseguir mejores resultados entre los profesionales. Las ventajas percibidas más importantes se han reflejado en la Figura 9.

Figura 9. Fortalezas percibidas por los profesionales de la LVQ.

Apoyo a la memoria, objetivación

- La LVQ dentro del flujo de trabajo diario del área quirúrgica es un apoyo a la memoria de los profesionales y permite que estos puedan parar a centrarse sobre el momento paciente y cirugía en el que se encuentran.

Equipo presente

- La LVQ realizado de forma correcta requiere de la presencia del equipo quirúrgico lo que facilita una comunicación efectiva y anticiparse a posibles situaciones que generen estrés, además fortalece el sentimiento de pertenencia al equipo.

Responsabilidad

- La LVQ hace consciente a los miembros del equipo quirúrgico de las diferentes posibilidades de error que se pueden cometer además de aportar datos de efectividad quirúrgica.

Motor de cambio

- La LVQ como herramienta dentro de la seguridad del paciente permite un desarrollo en la cultura de seguridad del paciente de los profesionales.

Fuente: Elaboración propia.

Apoyo a la memoria, objetivación.

La sobrecarga de trabajo, en ocasiones, no permite estar siempre acompañando al paciente o pendiente de ciertos aspectos quirúrgicos. Por esto, esta herramienta se percibe como un apoyo para la memoria. También encontramos términos relacionados con la objetivación.

“Pues eh, es que te pone en la situación en la que estas metido en ese momento, digamos te pone en el escenario.” (P1, E)

“la actividad diaria, que vemos tantos pacientes, se hacen tantas cirugías [silencio] muchas veces estás encima del paciente, pero otras, pues bueno, pues [silencio]eh, quiero decir, pues tienes mucho trabajo en la cabeza, tienes otras cosas y, pues bueno hay que intentar que haya unos [silencio] una manera objetiva de que, bueno, no se nos pase por alto ninguna de las informaciones relevantes” (P2, CG)

“Sí, claro para hacer las cosas objetivamente sí.” (P1, G)

Equipo presente.

La mayoría de los participantes hacen referencia a la necesidad de que todo el equipo participe y que se encuentre presente, al menos en los ítems que corresponden.

“Entonces, todas las personas tienen responsabilidad, tanto antes como después de una intervención.” (P1, CG)

“Todos los que están en el quirófano. Hombre, el primero, pues como el que hace la cirugía es el cirujano pues, es el digamos, pero, bueno [silencio] todos, quiero decir que, si hay un problema de alergias, anestésico, pues [silencio] el anestesista, pero, bueno, yo creo que todos tienen parte de responsabilidad, quiero decir, es compartida evidentemente. Luego, dentro de cada detalle concreto, no pienso que tenga que hacerlo el cirujano principal, me refiero, que se planteaba también eso, que lo pueda hacer un residente o cualquiera del equipo quirúrgico.” (P2, T)

“nos lo suele presentar la enfermera circulante, es la que nos lo presenta. Lo hacemos, pues eso, cuando la paciente está, pues, antes de dormir con presencia del anestesista, del cirujano. Eh, y lo va siguiendo la enfermera, es la que va liderando esta acción.” (P1, G)

Responsabilidad.

La colaboración de todos los participantes se destaca de forma indirecta en todas las entrevistas al servicio de enfermería, pero se expresa literalmente en el servicio de cirugía general a través del líder de la LVQ.

“Tiene que ser una cosa entre tres estamentos digamos el médico, anestesista y la enfermería. ¿quién debe coordinarlo? Una persona solo. Lo que está más consensuado es que sea el enfermero, porque es el que se considera que lo puede hacer mejor, lo que no quiere decir que sea el responsable. Porque aquí a veces lo que estamos confundiendo es que el responsable es el que lo coordina y no es así.” (P3, CG)

Motor de cambio.

La LVQ es, dentro del ámbito quirúrgico, la herramienta más conocida dentro de la seguridad quirúrgica. Del hecho de que la mejora en la cultura de seguridad sea una constante percibida por todos los profesionales no se puede separar de la implantación de la LVQ y las acciones encaminadas a su adaptación.

“Si que es verdad que, por parte de cirugía, creo que hay una mejor disposición que al principio. Pero, ahí el día a día yo, desde luego, lo que veo es que es enfermería lo que va un poco haciendo esas preguntas e insistiendo en el tema” (P1, E)

“Hombre la gente ya no pone tantas trabas antes era todo un mundo el hacerlo, pues ya lo sabes tú, como enfermera. Pero bueno, pues vamos poco a poco entrando y la gente está muy concienciada y la gente nueva que vienen lo ve como ya algo muy normal, lo que hay que hacer, que es una cosa que es en beneficio de todos, para tener en cuenta todos.” (P1, A)

5.2.3.4 Percepción de las barreras más importantes encontradas en el contexto frente a la LVQ a través de los mandos intermedios.

Ante la necesidad de percibir por parte del entrevistador las barreras de los participantes se decidió hacer referencia al término usado para las barreras del aprendizaje organizacional puesto que la cultura de seguridad del paciente es un valor de las organizaciones sanitarias. Por lo que el término barrera será entendido como aquellas restricciones o limitaciones que se perciban en la organización como factores que impiden un aprendizaje hacia el logro de la realización de la LVQ (105).

En todas las entrevistas ha sido el tema más comentado, al que se dedicó mayor tiempo en el relato de los participantes. La mayoría de los participantes refirieron que existían barreras, excepto uno de los entrevistados, que no percibe barreras y considera a los profesionales muy concienciados y proactivos, literalmente.

De las respuestas a esta pregunta se destacan los siguientes conceptos: grupos resistentes, percepción de falta de tiempo, desmotivación, abandono de proyectos y falta de descripción de funciones. Se ha realizado un resumen estructurado de los verbatim más significativos de las entrevistas sobre estas barreras.

Grupos resistentes.

La resistencia al cambio se observa desde diferentes puntos de vista del equipo multidisciplinar como un factor limitante, aunque se encontraron diferencias entre servicios.

Dentro del grupo resistente se destaca un grupo concreto descrito por parte del personal de enfermería, el facultativo. Este grupo únicamente se menciona de forma literal en los informantes que pertenecen a enfermería, sin embargo, algunos de los informantes que pertenecen al grupo facultativo también refieren encontrar más dificultades entre sus propios colegas. En este colectivo, se observa la necesidad de una mayor conciencia de grupo, se observa de forma no literal un grupo del que “*hay que tirar*”.

“Pues es que dentro del grupo facultativo los hay como muy dispuestos, pero hay otros negados total. Entonces, no entiendo el por qué. Tampoco es perder tiempo, es asegurarse.” (P1, E)

“muchas gente lo interpreta como algo más que hacer y no piensa en los beneficios que puedan obtener. Entonces, es algo nuevo que cuesta integrarlo igual que nos cuesta integrar otras cosas en la vida.” (P1, A)

“Pues que todo el mundo nos concienciamos de lo importante que es [la LVQ]. Que todo el mundo se conciencie y colabore, porque si unas [las enfermeras] lo estamos

haciendo y tirando siempre del carro, al final, bien sea por dejadez, o porque te canses de tirar del carro, pues al final dejas de hacerlo.” (P2, E)

“no están convencidos que eso vaya a servir para nada. Normalmente es gente que lleva más tiempo trabajando, más veteranos y que como nunca lo han hecho [silencio]” (P1, U)

También se observa una resistencia al cambio puesto que es algo nuevo que siempre genera una respuesta a priori negativa porque siempre se han hecho las cosas de otra forma. El grupo del que se percibe una mayor participación es de los profesionales de enfermería.

“porque es algo novedoso no integrado. Esto yo creo que a la gente en general nos cuesta y en un ámbito de trabajo en vez de cultura nos cuesta porque es algo nuevo.” (P1, A)

“Las barreras pues muchas veces yo creo que es la mentalidad de, como a mi me va bien de esta manera, no tiene porqué cambiarse, porque mis resultados son buenos.” (P2, CG)

“yo creo que habitualmente quien hace hincapié y sigue haciendo hincapié, desde el principio es la enfermería.” (P1, A)

También se destaca ser resistente de forma inherente a cierto grupo de personas a las que es imposible convencer de modificar ciertas conductas.

“Hay un grupo que no quiero decir [silencio] esto es como, el poblado galo de los romanos ¿no? Que, es resistente a todo, pero bueno eso, es gente que se resiste a eso y se resiste ha hacer todo” (P1, T)

Sobrecarga/falta de tiempo.

La falta de tiempo se percibió de formas diferentes.

“Pero, la sensación que me da es eso, que al final se vive un poco como carga, sobre todo por la falta de implicación, porque se ve como una tarea más de la enfermera.” (P3, E)

En ocasiones, se percibe el poco tiempo quirúrgico como primera barrera y la más importante para establecer seguridad en el área. Además de, un escaso tiempo entre intervención e intervención teniendo en cuenta la totalidad de acciones que se realizan.

“el tiempo quirúrgico que muchas veces tenemos, es muy corto, muy dependiente de otras especialidades o servicios. Pero, desde el servicio de la limpieza, celador. Muchas veces la cultura cuesta, porque la gente lo ve como algo más añadido, una pérdida de tiempo.” (P1, A)

Dentro del mismo servicio quirúrgico encontramos dos extremos de percepción sobre la falta de tiempo. Uno de los participantes lo considera la barrera más importante, sin embargo, el otro participante percibe que es imposible que la falta de tiempo sea una de las barreras para realizar la LVQ.

“No, no, no, o sea, si es que no es más que un momento que va no. Yo estoy convencido que no es por tiempo seguro, es porque no, ya esta.” (P1, T)

“Pues el tiempo yo creo la falta de tiempo.” (P2, T)

De manera no literal encontramos que el actual LVQ es sencillo y fácil de realizar lo que no supone una sobrecarga.

“ahora el nuevo me parece bastante sencillo y fácil de realizar” (P1, U)

Desmotivación.

La desmotivación es otro de los conceptos que se destaca literal y no literalmente en la mayoría de las entrevistas. Se definen dos factores que influyen principalmente: la

presentación de la LVQ y el sentimiento del resto de compañeros. Generando agotamiento el sentimiento del grupo resistente a la LVQ.

“Entonces, si de primeras lo presentas como un trabajo más ha hacer, y tienes al compañero que dice eso es una tontería, pues te acabas desinflando del todo.” (P2, CG)

“yo es que si durante tres meses estoy preguntando y no me contestan o no estoy cuando tengo que estar pues, lo acabo dejando. Entonces hago lo mío y lo demás lo dejo” (P2, E)

“la falta de motivación, o sea, la cultura existe. Pero, como supone un esfuerzo tener que hacerlo puede haber algunas personas que no se encuentren motivadas, por ello, que no lo quieran poner en practica” (P2, CG)

Abandono de proyectos.

La aparición y desaparición de proyectos o la falta de programación son algunas de las percepciones de los profesionales. De hecho, aquellos profesionales que recuerdan varios momentos de implantación de la LVQ, han percibido fallos en la organización o falta de seguimiento.

Se refieren proyectos organizados por varias personas, abandonados en numerosas ocasiones, sin conseguir resultados. Falta de coherencia y planificación a largo plazo, falta de información del proyecto a los profesionales que deben llevarlo a cabo, el porqué y cómo.

“así de entrada yo lo vi como un capricho de quien empezó a liderarlo, no se empezó bien, no se explicó bien y por eso luego se desinfló también.” (P1, E)

“Pues es que ha habido diversos directores del proyecto o encargados y como que han ido cambiando mucho ¿sabes?” (P1, E)

“no comenzar un proyecto y luego abandonarlo [silencio] sino, de ser constante”

(P3, CG)

“nos encontramos con algún muro que algo falla que en alguna parte de la cadena la información se pierde la cultura, yo creo que es bueno estar en la arena para darte cuenta de lo que pasa con el boca a boca” (P3, E)

Falta de descripción de funciones.

La necesidad de los profesionales de conocer su labor con respecto a la LVQ es fundamental para su realización.

Se hace referencia al pensamiento erróneo de la enfermería como responsable, algo cómodo para el resto de los profesionales y agotador para los profesionales del servicio.

“el responsable es totalmente enfermería, es muy cómodo pensar eso.” (P1, E)

“Uf, pues son un poquito más comodones diría yo, comodones. Van entrando, van entrando, pero los anestelistas yo creo que son los que más. [participan]” (P2, E)

“yo siempre suelo estar en el mismo quirófano y en este si que las enfermeras son las que lo hacen y el cirujano esta un poco, pues, que pasa, que creo que el cirujano debería comprometerse.” (P2, T)

Otros entrevistados desconocen quién debería ser responsable y esto genera desconcierto. Se considera necesario establecer las bases iniciales, aunque con dificultades, de la distribución de responsabilidad, existe incluso la sensación literal de que algunos profesionales *“escurren el bulto”*.

“No me parece que sea muy complicado. Si al principio no creo que la dificultad sea tanto el hacerlo sino, a ver cuándo lo hago, quién lo hace, me corresponde a mí o a ti.” (P1, T)

“que quede siempre estipulado la gente que lo hace y claro hay una pregunta que es, ¿Por qué voy a ser yo? quién rellena eso. O sea, es muy bonito, pero quien lo va a rellenar.” (P1, A)

“estabilización de labores, eso no es mi labor, del otro tampoco, del otro tampoco y [silencio] no lo hacemos. Entonces la gente individualmente tú hablas con él y dice, pues que lo haga otro.”

(P1, U)

Otras barreras percibidas fueron la falta de concienciación, la falta de conceptos afianzados en los profesionales, se percibe como algo que hacer por castigo y no como beneficioso, la falta de implicación, la falta de unificación y la falta de registro de todas las acciones relacionadas con la seguridad del paciente.

5.2.3.5 Percepción de los facilitadores más importantes encontrados en el contexto frente a la LVQ a través de los mandos intermedios.

En todo momento se deben entender ligados a las barreras. Por lo que serán definidos como aquellas acciones o situaciones que se perciban en la organización como factores que promueven un aprendizaje hacia el logro de la realización de la LVQ y mejora de la cultura de seguridad del paciente.

Se observan tres grandes conceptos: concienciar, responsabilizar y obligar, paralelamente a insistir.

Feedback.

El feedback es uno de los conceptos más relevantes dentro de las entrevistas. Ha sido percibido de forma positiva, directamente o como facilitador, observado como un elemento a mejorar dentro de la propia organización. El hecho de recibir resultados sobre el trabajo parece ser un instrumento de motivación, necesario en el día a día para convencer a los profesionales.

Obtener resultados ayuda a percibir la LVQ como algo útil, lo contrario se percibe como una falta de tiempo.

“Con el tiempo, sé que luego tampoco aportaron resultados, entonces pues ¿qué hemos estado haciendo? [silencio] perder el tiempo. Y, cuando se aportaron resultados totalmente [fueron] negativos con respecto a lo que se pretendía,” (P2, E)

“hasta que la gente se va haciendo con el sistema y yo creo que se va viendo que en algunos casos puntuales va mejorando la asistencia con ese listado, pues a la siguiente, van a estar más convencidos de que es necesario” (P2, CG)

El déficit percibido a la hora de aportar resultados ha derivado en que, a pesar de los años, la LVQ sigue siendo una responsabilidad de enfermería por la falta de implicación del resto de profesionales.

“El poco feedback que ha podido llegar de la gente porque son dos años que llevo fuera [del área quirúrgica], y que, al final todo esto no me ha tocado vivirlo en el día a día.” (P3, E)

Se destaca el refuerzo positivo y la insistencia que se entiende por aportar resultados. Se considera que es una buena opción para motivar a los profesionales, mejor en grupos pequeños para poder dirigir esas acciones.

“insistir en la información, es decir, el refuerzo positivo por grupitos” (P1, A)

“esos beneficios todavía cabe destacarlos más, o que por lo menos, se haga algo de decir cuáles son estos beneficios. Hemos obtenido estos beneficios, algo plasmado, real [silencio] ver realmente lo que se ha podido mejorar.” (P1, A)

“informándonos un poquito de los resultados pues, cómo ha ido la tasa de cumplimentación.” (P1, G)

Los resultados positivos generan en los grupos motivación y los negativos pueden servir de ejemplo para establecer oportunidad de mejora. Además, se menciona la idea de evaluar de forma planificada, ante la implantación de cualquier herramienta.

“que estén en el día a día ahí evaluando todo lo que hemos implantado. Que eso hay muchas veces que implantamos cosas y luego no lo evaluamos y no ponemos en práctica áreas de mejora.” (P3, CG)

La visibilidad de los resultados tanto positivos como negativos es importante para que los profesionales conozcan qué es lo que se está evitando.

“ir informándoles de que realmente se está haciendo y que bueno, que redundando en su beneficio.” (P1, T)

“dar resultados [silencio] que eso se han dado poco, yo creo que cuando pones algo en marcha y da resultados pues, la misma gente pues se motiva o lo contrario. Pero –aunque sean resultados negativos- no desmotivadas, es que las cosas se pueden reconducir.” (P3, CG)

Formación.

La formación parece el vehículo necesario para implantar herramientas y que se usen adecuadamente además de protocolizar y dar sentido a lo que se está haciendo.

“Yo creo que va la cosa por la formación, yo creo, que es la manera de fomentar estas ganas de cambiar las cosas con el trasfondo de la seguridad. Yo creo que tiene que ser con formación, con cursos, con ejemplos, que nos enseñen que realmente esto, pues sirve.” (P2, CG)

En la mayoría de las entrevistas aparece la formación de forma no literal a través de charlas, información. Se ha recibido formación entorno a la LVQ pero, se manifiesta una necesidad de adaptarla y realizarla de forma más frecuente, como una oportunidad de mejora.

Se menciona, al igual que en el feedback la importancia de la formación en pequeños grupos, más individualizado por las diferencias que se entienden entre grupos profesionales.

“hacer [formación] es más en petit comité, o sea, cada servicio, porque claro el bloque quirúrgico es muy amplio” (P1, A)

“se hizo una formación más o menos básica de todos y se fue hablando, haciendo una formación más o menos general. De ahí, ¿eso ha derivado a que se esté haciendo ahora en todos? [los servicios]. No, ¿se ha mejorado?, si.” (P3, CG)

“la formación es insuficiente. Es necesaria muchas veces para que la gente se lo crea, yo creo que el principal problema es que implantamos cosas sin tener una formación adecuada” (P3, CG)

Líderes/ comité de calidad.

Se menciona en la mayoría de las entrevistas la presencia de líderes en torno a la LVQ, estos líderes pueden ser o bien una herramienta para la motivación de su grupo de compañeros o bien para coordinar la LVQ.

Dentro de los líderes que fomenten la motivación de su grupo se mencionan las reuniones del comité de calidad y los responsables de calidad. Este comité de calidad parece tener la misión de contagiar el conocimiento a los profesionales de su servicio. De hecho, podemos observar entre los responsables de calidad entrevistados un conocimiento y convencimiento muy uniforme con diferentes matices entre servicios. Los propios responsables de calidad se mencionan como una fortaleza actual.

“Tiene el comité de calidad que se insiste en estos aspectos mucho y luego esto lo hemos trasladado al servicio, la importancia de checklist, o sea, que eso si que se difunde si.” (P1, G)

El líder más reconocido para coordinar la LVQ es la enfermera. Sin embargo, uno de los informantes hace referencia a que no está de acuerdo con que esto sea así.

También se refiere el hecho de formar a más miembros para aumentar la capacidad de motivación.

“Quizás de manera voluntaria una serie de miembros que se vayan formando en esto y extiendan” (P2, CG)

Se percibe la necesidad de establecer líderes o campeones con la capacidad de obligar.

“falta de liderazgo, ya estas partiendo de un equipo muy grande tienes que tener alguien que lidere, responsabilice y obligue.” (P1, U)

Reuniones periódicas.

Se ha decidido analizar como un código dentro de los facilitadores no sólo las reuniones sino, el hecho de que sean periódicas puesto que la mayoría de los profesionales hace mención en los diferentes grupos a la necesidad de que se realicen con una frecuencia determinada, para mantener el recuerdo sobre la importancia y la motivación. Se percibe en las entrevistas como una necesidad de mejora.

“Pues que cada cierto tiempo se volviera a recordar, en lenguaje coloquial, podríamos decir: ser un poco martillo pilón” (P1, A)

Estas reuniones deben según los entrevistados informar sobre resultados, formar a los profesionales, combinar ambas y recordar la importancia de lo que se está llevando a cabo, de ahí que consideren importante la periodicidad.

“periódicamente informar de la seguridad y porqué es importante. Un poquito igual insistir, un poquito más, en los servicios, aunque sea un poquito pesado. Pues cada dos o tres meses, bajar y comentárnoslo, recordárnoslo, un poquito la importancia.” (P1, G)

Evidenciar/protocolizar.

La necesidad de conocer los resultados y que se conozca evidencia sobre lo que se está poniendo en marcha además de realizar protocolos establecidos creen que es una de las estrategias que facilitaría la concienciación.

“en el momento que el checklist se protocolice y se establezca va solo” (P1, U)

El hecho de protocolizar acompañado de la evidencia puede ser un facilitador frente a varias de las barreras que se perciben como: la falta de descripción de funciones y la desmotivación. Además, establecer protocolos ayuda a que los profesionales lo integren en su rutina, mejorando su uso.

“las intervenciones de seguridad del paciente pues tienen que estar muchas veces protocolizadas y tener en cuenta todas las variaciones que puede haber para minimizarlas y para que todos los fallos humanos se minimicen” (P2, CG)

“Nos tenemos que basar en la evidencia para todas las medidas que hagamos en el paciente y fiarnos de los estudios de que según que actuaciones hay que hacerlas de una manera protocolizada” (P2, CG)

Referencias.

Se encuentra la referencia a otros centros como algo relevante. Se considera algo que puede motivar y hacer ineludible el uso correcto de la LVQ. Se percibe como una oportunidad de mejora el hecho de mostrar que otros hospitales trabajan con ello, de forma sistemática, aportando resultados objetivos.

“en el momento que se vea cómo se trabaja en otros hospitales que se conozca bien cómo se trabaja en grandes centros y sus resultados [la percepción sobre la LVQ cambiará]” (P2, CG)

“Hoy por hoy, el control de calidad de otros servicios de España o de Europa, no se lo plantean hablar de la LVQ, te miran hasta raro, porque esto ya es antiguo.” (P1, U)

Apoyo de la dirección.

Las direcciones comprometidas dentro de las organizaciones se han encontrado como un facilitador de la efectividad de las herramientas que se implantan. Además, la dirección del hospital se percibe como uno de los elementos fundamentales de promoción de la seguridad del paciente. Se describe dentro del contexto como una oportunidad de mejora a lo largo de muchas entrevistas que se refieren a momentos previos, sin embargo, actualmente es una fortaleza de esta dirección y el uso de la LVQ.

“si hay una persona que tiene responsabilidad y que esa persona la ves como una persona cercana que no te esta pidiendo nada, que no sea capaz de hacer ella, yo creo que eso ayuda. Quiero decir que, al final,, un superior de cualquiera se convierte un poco en un espejo donde nos tenemos que mirar.” (P3, E)

“que se pongan en marcha proyectos y programas siempre hospiciados por la dirección y por los superiores para que el resto del servicio o de cualquier otro hospital pues se entere de que sí, que eso es positivo” (P2, CG)

“el empeño personal de la dirección porque esto salga adelante.” (P1, T)

“considero, además, que el hospital [la organización] tiene que estar comprometido, esto de forma imprescindible” (P3, CG)

Obligatoriedad vs aceptación social.

La obligatoriedad es una de las condiciones que más se mencionan entre los participantes de los servicios quirúrgicos. El sentimiento va desde la percepción individual hasta la obligación externa, siendo el mayor de los extremos la penalización de no realizar la LVQ.

Se refiere a que los propios profesionales lo crean obligatorio sin imponer de una forma externa porque en otros lugares se realiza sin cuestionarlo.

“Yo creo que, poco a poco, se va a convencer a todo el mundo de que es algo obligatorio. Además, que es que no se puede ni plantear no hacerlo, porque en muchos

centros de referencia se está haciendo, nosotros no tenemos porque cambiar esa dinámica” (P2, CG)

También se percibe la obligatoriedad a nivel individual, del profesional, con el símil de un piloto que va a despegar un avión.

“porque tenía que ser una cosa obligatoria. Pues igual que el piloto lo hace antes de volar, pues nosotros antes de operar, tiene que incorporarse esta cultura.” (P1, G)

La obligatoriedad entendida desde cada jefe de servicio, incluso se menciona una penalización para aquellos profesionales que no lo realicen.

“El único que puede exigirlo es mi jefe de servicio o el jefe del bloque quirúrgico y, si no lo hace, si es obligatorio, tienen que tener una penalización.” (P1, U)

En contraposición, algunos profesionales creen que existe una capacidad del grupo para convencer a través de sus acciones del uso de la LVQ.

“tiene que ser esto es como una inercia entonces cuesta mucho vencerla. Aquellas personas que no están concienciadas con ello hay que ir las concienciando, por ósmosis digamos de las personas que si están concienciadas. Entonces es una tarea muy lenta, pero los factores somos los mismos profesionales los que tenemos que ir contagiando unos a otros y concienciándonos unos a otros.” (P1, CG)

“Pues que desde el punto de vista profesional todo el mundo quiere hacer lo mejor entonces yo creo que es la implicación de todos los sanitarios.” (P2, T)

Eliminación de duplicados.

La eliminación de duplicados se encontró en más de una entrevista de forma no explícita. A lo largo de todas ellas hemos observado que una de las ventajas de la LVQ han sido las mejoras en la adaptación y simplificación. Por lo tanto, se destaca como una de las características más importantes de un LVQ es el hecho de simplificar y eliminar ítems

que se pregunten en otras hojas de verificación como las mencionadas: hoja de preoperatorio u hoja de circulante.

“Sí, yo creo que sí. Al principio ya te digo costó un poco introducirlo, porque decíamos, si hacemos la hoja de circulante, para qué vamos ha hacer esto, un poco eso [silencio] porque era un poco hacer dos cosas que ¡sí, cambiaba algo! Pero, se podrán unificar en una [pensaban]. Que ¡ajo! eso también los hemos dicho, que es una cosa que a la larga igual se hace, porque es un poco absurdo están poniendo la hora de entrada, en el otro estás poniendo la hora de entrada, estás poniendo que tiene alergias, en el otro estás poniendo que tiene alergias. Entonces, como que es un poco duplicar” (P2, E)

5.2.4 Los programas de implantación de la LVQ: un análisis contextualizado.

Son relevantes dentro de esta investigación las diferencias de percepción observadas dentro del equipo multidisciplinar por lo que se decidió definir tres momentos de implantación que son deducidos de los recuerdos relatados por los entrevistados durante las entrevistas. Finalmente, se organizaron cronológicamente gracias al análisis total de los discursos a través de vivencias similares de los diferentes entrevistados.

En todos los análisis de las entrevistas encontramos referencia al menos a un momento de implantación común que coincide por las estrategias percibidas por las profesionales más efectivas entorno al 2018. Y, otros dos posibles momentos que datan en primer lugar una prueba piloto en 2013-2014 y, en segundo lugar, otro intento entre 2015-2016 con mayor alcance de los profesionales. Se realiza un esquema de los momentos descritos por los entrevistados en la Figura 10.

Figura 10. Momentos de implantación de la LVQ.



Fuente: Elaboración propia.

5.2.4.1 Primer momento de implantación: prueba piloto.

En los resultados de las entrevistas se refiere una prueba aislada dentro de un quirófano que responde a la organización de un facultativo concreto, seis años antes de la realización de las entrevistas de este estudio. En ese momento, se cuenta con un equipo reducido de enfermeras, sin hacer mención al servicio de anestesia, y se destaca la importancia de que, a la hora de intentar extrapolar los resultados al resto de servicios, parece realizarse de forma equivocada, sin la aportación de resultados, resultando en la percepción del proyecto piloto como una pérdida de tiempo para los profesionales.

“El proyecto piloto comenzó hace seis años [...]aquí empezamos sólo en un quirófano, el facultativo que empezó es de un servicio, aquí realmente éramos tres enfermeras y empezamos en la cirugía programada, luego se vendió mal.” (P2, E)

Sobre este primer momento, hace seis años, se encuentran que uno de los participantes es el que lidera el proyecto, del servicio de cirugía general, acompañado por otro de los entrevistados, del departamento de enfermería. Se considera un primer proyecto, tardío con respecto al resto países y hospitales, pero, un punto de partida hacia la mejora en la cultura de seguridad del paciente.

“Cuando ya estaba implantado el programa de cirugía segura y la LVQ, por la OMS, a nivel mundial, todos los estudios en los cinco países pilotos, estaba todo funcionando estupendamente pues bueno, nos llega la iluminación aquí, después de muchos años y de otros hospitales, pero bueno, nos planteamos aquí desde el servicio de cirugía el querer poner en marcha ese LVQ” (P1, CG)

“El jefe de servicio en aquel entonces habla con la dirección a ver qué le parece. En fin, dan el visto bueno, otra cosa no, que se haga, yo creo que la cultura de seguridad no está tan implantada como puede ser ahora, pero se plantean avances.” (P3, E)

Otro avance está relacionado con la informatización de la LVQ y su inclusión dentro de la historia clínica electrónica. Además, se realiza un taller de formación voluntario, de cuatro horas en el que se observa una baja participación y, se describe el fracaso de este

intento con la aparición de un grupo resistente clave dentro de la realización de la LVQ, el grupo de anestesia, por lo que, sumado a la falta de apoyo de la dirección, hace que el proyecto quede en el olvido.

“Entonces el jefe de cirugía que me coge de la mano o yo me cojo a su mano pues intentamos hacer algo. Hablamos con la gente de historia clínica electrónica porque consideramos que, si poníamos en marcha un LVQ con una historia clínica electrónica, obligatoriamente debería estar informatizado.” (P3, E)

“En base al que propone la OMS le damos una vuelta [a la LVQ] y, lo adaptamos, lo modificamos a nuestra realidad con las tres fases que ellos proponen y proponemos una cuarta fase que sería la primera para realizar previo a la llegada de quirófano.” (P3, E)

“una vez que tenemos claro y definido el modelo hablamos con la gente de informática para que eso se lleve a la historia clínica electrónica. Después de varios meses, 3-4 meses, conseguimos que se monte y, a partir de ahí, hacemos unos cursos de formación para el personal, empezando en los quirófanos de cirugía, para añadir al resto de servicios.” (P3, E)

“la formación [fue] voluntaria para todo el personal de quirófano no había un apoyo claro desde la dirección, se realizó un taller de cuatro horas de porqué esta cultura de seguridad y como la íbamos a hacer en nuestro centro.” (P3, E)

“escasa participación [del curso de formación], se llegó a unas cuarenta personas” (P3, E)

“pero, el fracaso viene después cuando se quería implicar a los anestesiastas, figura fundamental. Con los cirujanos, se encargó el jefe de cirugía, pero con ellos tuvimos una barrera que no acababa de funcionar, con lo que quedó en el olvido y se olvidó.” (P3, E)

También se analizó que el servicio de cirugía general es el pionero en la realización e implantación de la LVQ, data el comienzo de estas acciones que se llevan realizando durante seis años, lo que coincide en varios testimonios.

“teníamos nuestro propio listado no oficial, aún, nuestros propios factores de control de calidad, reuniones periódicas. [corrige]Tenemos, analizamos, ya venimos haciéndolo durante al menos seis años.” (P1, CG)

Una referencia a la baja difusión del momento de implantación.

“Que yo sepa, del primero no nos enteramos ni la mitad del hospital.” (P3, CG)

5.2.4.2 Segundo momento de implantación: el primer contacto con la LVQ.

De especial interés, en este segundo intento, que se percibe de formas muy diferentes según el grupo profesional al que perteneciera el entrevistado. En algunas entrevistas encontramos la posibilidad de haber recibido algo de formación o ninguna e incluso no tener constancia de este. En todos los discursos se justifica la aparición de un segundo intento por la falta de efectividad del referido con anterioridad.

Es necesario profundizar a través de las diferentes experiencias para poner fecha a este momento de implantación. Algunos de los participantes dentro de los servicios no tienen recuerdo de este momento, concretamente, los responsables de calidad de urología, traumatología y ginecología y obstetricia. Esto implica una inadecuada difusión del programa de implantación y, por tanto, una deficiencia en la planificación.

Podemos estimar este momento según los testimonios entorno a 2016. Es difícil basar hechos documentales en testimonios subjetivos por lo que hay informaciones que son difíciles de encajar, en ellas se ha observado que influyen las diferentes percepciones y categorías profesionales.

Es uno de los testimonios más críticos con este momento de implantación, a pesar de los esfuerzos con la organización, la falta de un liderazgo sólido y organizado son algunos de los factores que provocan el fallo de este nuevo intento.

“así, de entrada, yo lo ví un capricho de quien empezó a liderarlo” (P1, E)

“se encontraron muchas trabas y entonces lo dejó [un antiguo dirigente] un poco apartado y a la hora de retomar, ha habido diversos directores o encargados del proyecto, han ido cambiando mucho ¿sabes?” (P1, E)

Se observa que la planificación se produjo, pero, aún en grupos seleccionados por conveniencia. Aún así, en este momento, la responsabilidad recae en enfermería y esto supone un sentimiento de sobrecarga que desencadena la sensación de no percibir ningún resultado beneficioso, lo que finalmente, provoca la falta de adherencia entre profesionales.

“Se seleccionaron unas enfermeras que sabemos que te van a responder. Empezó a funcionar, se empezó a hacer, en concreto, en esta planta, también en gine, me parece. Pero, el inconveniente es el de siempre [silencio] lo hacíamos nosotras sólo, nadie lo miraba luego y nadie lo confrontaba con nada, entonces la gente lo dejó de hacer.” (P2, E)

En otros informantes también se percibe como una sobrecarga de trabajo incluso utiliza el término molesto para referirse a la percepción inicial de la LVQ. Además, se observa una falta de información sobre responsabilidades y funciones, una preocupación por quién se va a encargar de realizarlo.

“se interpretó como [silencio] no voy a decir agresión, pero si otra cosa más [silencio] otra cosa más que hacer por la mañana, ¡vaya, a ver quien hace esto!” (P1, A)

El verbatim literal del siguiente entrevistado es relevante porque permite observar, en primer lugar, una implantación poco concreta y subdesarrollada para los cirujanos asistenciales y, en segundo lugar, se percibe una reacción de hostilidad o respuesta reacia con resistencia al cambio, puesto que las cosas ya funcionaban bien.

“No recuerdo bien el primer momento, pero si que es verdad que al principio el grupo era bastante reacio. Lo que te he comentado, siempre nos ha ido bien de una manera [sin realizar la LVQ], porque vamos a tener que hacer esto si nunca ha habido ningún problema.” (P2, CG)

El discurso del entrevistado refiere un momento de implantación fallido previo (proyecto piloto) que llegó a parte del personal en pequeños grupos e indignación y frustración, sin previa explicación o introducción se pretendió ampliar al resto del hospital, como desventajas se observa un LVQ no adaptado y la necesidad de una implantación planificada que involucre a todos los grupos profesionales.

“se empezó a implantar en determinados servicios sin que otros estuviéramos al día de eso. Eh, y luego se intentó eso mismo pasarlo a todos lo servicios de una forma [silencio] sin haber explicado lo que es y con unos parámetros que consideramos que había que modificarlos y hacerlos efectivos” (P3, CG)

Entre el proyecto piloto y este segundo momento se informa sobre una diferencia entre el grado de cumplimentación y la percepción individual de mejora. Sin embargo, este informante no recuerda acciones en este primer momento sino posteriores, y refiere la existencia de un grupo de resistencia existente e imposible de modificar.

“Cuando se implantó al principio hubo un 15-20% de cumplimentación, ahora la media está en el 70 y tantos por ciento. Lo ideal es llegar al 100, pero bueno, siempre hay elementos del servicio que da igual lo que les digas que no vas a conseguir un cambio.” (P1, T)

No se recuerdan acciones en este momento pero sí se hace referencia a un LVQ no adaptado a las necesidades quirúrgicas, que no facilitaba su uso.

“al principio el checklist era muy prolijo.” (P1, U)

5.2.4.3 Tercer momento de implantación: planificación de estrategias para incorporar la LVQ.

En este caso, los testimonios parecen coincidir en que todos los servicios fueron incluidos en este momento. A pesar de que, las visiones sean muy diferentes. Se puede deducir que la fecha de este segundo intento se encuentra entre el año 2018-2019 relacionado directamente en varias entrevistas con un aumento del interés por la seguridad del paciente dentro de la dirección del bloque quirúrgico.

Es importante destacar que la mayoría de los participantes hacen referencia a unas reuniones con el equipo encargado del programa informático del hospital (SELENE) para colaborar con la modificación de ítems de la LVQ de forma participativa, considerándolo un punto importante que hace conscientes a los profesionales que deben realizarlo.

En este tercer intento, se refiere la aparición de resultados de cumplimentación previos, en este caso, negativos. Y el apoyo mediante el uso de dispositivos electrónicos (tablets) que podían facilitar su cumplimentación.

“Ahora mismo, que lo tenemos en SELENE, que para eso nos trajeron unas tablets, para poderlo hacer sobre la marcha. Además, es que, son cuatro cosas, cuatro cosas, y es una pena que [silencio] si que es cierto que van entrando, pero, igual llevamos cuatro años.” (P1, E)

En este momento, se hace referencia al líder de la LVQ que se decide incluir dentro de las entrevistas por ser una persona de interés para completar la información.

“Aquí se ha intentado con un coordinador quirúrgico que había en las reuniones [realizadas para la formación]” (P1, E)

La enfermería se considera el grupo más colaborador y concienciado en el momento actual.

“Pero bueno, yo, por nosotras, ya te digo, como personal de enfermería creo que se hace en todos los quirófanos.” (P1, E)

En este tercer intento, en líneas generales, se considera que se ha sido capaz de llegar de forma más uniforme a los profesionales, aunque no se ha aprovechado para informar bien sobre la LVQ y motivar al personal para su realización.

“Intentan estar presentes, pero es lo que te digo, que eso lo presencié yo: tres preguntas al anestesista y que no conteste, esto, yo ya le dije, pon: no contesta. Porque ha habido [silencio] es que, no sé cómo explicarte quizás es que no se lo presentaron bien también.” (P1, E)

En otro de los verbatim se observa una mejora en la satisfacción de las acciones realizadas en este momento, importantes acciones como la formación, adaptación de la LVQ o reuniones son mencionadas como importantes, haciendo referencia a la separación por grupos profesionales de todas ellas.

“se volvió a retomar y se puso como más en marcha. Se hicieron reuniones, se formó a la gente, fuimos al CIBIR, se explicó un poco con el SELENE, modificando parámetros y modificando cosas, sí. Añadiendo lo que nos parecía a cada una. [departamento de enfermería]” (P2, E)

“Ahora el nuevo me parece que es bastante sencillo y fácil de realizar porque si que es cierto que el de antes era muy prolijo y se dejaban muchas puertas abiertas que no se sabía por donde salir.” (P1, U)

“La fecha exacta la verdad que no [del momento de implantación], ha habido reuniones muy largas para negociar los puntos del checklist con los diferentes estamentos.” (P1, G)

“En una segunda parte pues se involucró a todos los servicios, se cambió el checklist, se hizo una formación más o menos básica de todos y se fue hablando con todos los servicios. Primero, de forma general y luego en pequeños grupos. De ahí, ¿eso ha derivado a que se esté haciendo en todos? no, ¿se ha mejorado?, sí” (P3, CG)

“fuimos por separado, dijeron que sí, que habían hecho formación a cirujanos y anestesistas, a todo el mundo. En teoría nos la han dado, nosotras si que hemos ido la gente se ha molestado.” (P2, E)

“Yo creo que sí, que han sido efectivas, porque de hecho los resultados [silencio] ahora yo creo que el día a día del quirófano, yo desde luego he visto un cambio en lo que es el día a día.” (P1, A)

El entrevistado hace referencia a la importancia de las medidas aprobadas en la comisión de calidad, en torno a la calidad del paciente quirúrgico, que establecen unos estándares para mejorar por servicios.

“Hombre pues, últimamente, sí que se están realizando una serie de medidas en las comisiones de calidad, se están propiciando una serie de medidas, sobre todo hay un protocolo de calidad en el paciente quirúrgico en el que [silencio] eh, pues bueno, que hay unos [silencio] como una serie de mínimos que se marcan como para ir cumpliendo para mejorar.” (P2, CG)

“Sí, a nosotros nos han hecho como responsables de calidad varias sesiones individuales con nosotros se han hecho varias sesiones generales en el hospital e incluso se han hecho sesiones específicas en cada servicio por el responsable quirúrgico del hospital por el responsable de este listado y por el responsable de calidad, por mí, del servicio.” (P1, U)

Se percibe un aumento del uso de la LVQ de forma rutinaria.

“se ha puesto en marcha la LVQ. Al principio pues bueno ha costado un poco más, ahora pues ya parece que está [corrige] se está estableciendo más el uso rutinario y bueno pues también está.” (P2, CG)

Aunque, aun considera que hay una necesidad de mejorar la cultura del grupo por parte de la organización, con su compromiso y constancia y la creencia de los profesionales a través de los resultados.

“Queda todavía mucho que hacer. Entonces, eh, para cambiar la cultura de un colectivo yo creo que es trabajo de mucho tiempo, constancia, de no comenzar un proyecto y luego abandonarlo, sino, de ser constante y sobre todo eh, conforme pasa el tiempo ir haciendo pues toma de los resultados, estudio de los resultados y ver si realmente este mejorando la asistencia, que seguramente que sí, y cuando la gente sea consciente de que si que va mejorando la asistencia con esas medidas pues todavía se irá digamos instaurando más y bueno, pues eso [silencio]. Y, la gente creará en eso cuando vea los resultados.” (P2, CG)

Se percibe un aumento del número de acciones relacionadas con la seguridad, con un apoyo y motivación de la organización hacia la mejora.

“Sí, yo creo que sí, ahora más.” (P1, T)

“en lo del checklist se está implantando de forma que vamos, que se hace muy bien. Eh, si, creo que tiene, o sea, que cualquier cosa que propongas para mejorar, por ejemplo, el rasurado pues están muy por la labor de llevarlo a cabo.” (P1, T)

5.3 Explorando el mecanismo: resultados de seguridad del paciente a través de los profesionales del área quirúrgica.

El sentimiento de cultura de seguridad del paciente de los profesionales se considera dentro de este estudio el mecanismo por el cual se consigue llevar a cabo la LVQ y, por tanto, mejorar los resultados esperados. En este momento se lleva a cabo la Fase 2 del estudio.

Además, el conocer el punto de vista de los profesionales permite establecer relaciones efectivas en la comunicación entre los mandos intermedios y sus propios profesionales.

Los cuestionarios fueron enviados vía telemática a través del correo corporativo, se consiguió una muy baja participación de los profesionales.

En primer lugar, se procederá a un análisis de las variables descriptivas de los profesionales que participaron. Se obtuvieron un total de 29 respuestas (Gráfico 1) de las cuáles un amplio porcentaje fueron enfermeras por lo que, para analizar los datos de forma significativa se decidió analizar sólo las 25 entrevistas que pertenecen al equipo de enfermería, considerando tanto auxiliares de enfermería como enfermeras. Con esta consideración, la respuesta fue de un 22,72% del total de equipo enfermero.

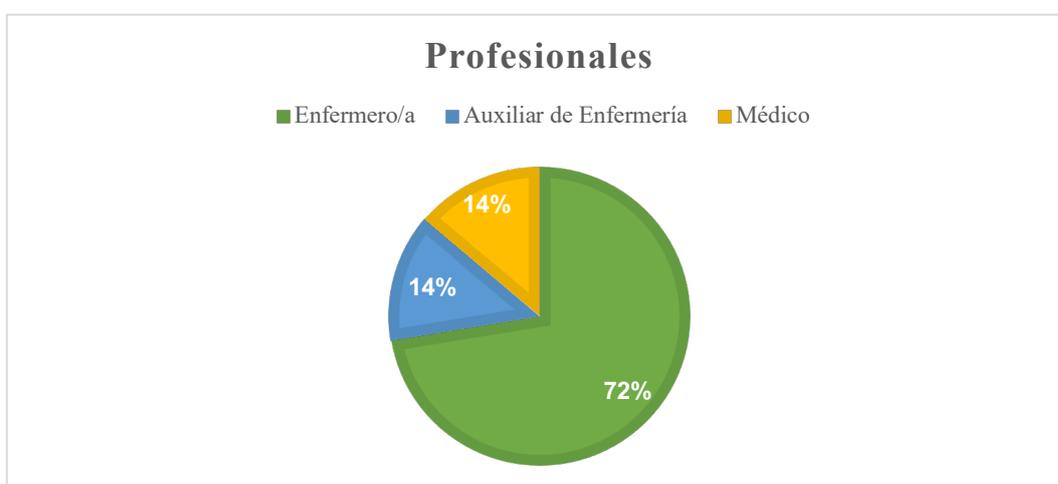


Gráfico 1. Participantes totales de los cuestionarios de “Cultura de Seguridad del Paciente”

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, dentro de la selección, se describirán las características profesionales y demográficas de las personas que respondieron al cuestionario, dentro del área quirúrgica, existen diferentes ámbitos de actuación para los profesionales.

En el cuestionario se pregunta a que servicio pertenecen habitualmente y los participantes contestaron las siguientes opciones: quirófano de urgencias, programado de múltiples especialidades, ginecología, cirugía general y digestivo y anestesia/reanimación. (Gráfico 2) Las áreas con mayor participación fueron el quirófano de múltiples especialidades, diez participantes y reanimación con siete participantes.

Además, es necesario destacar la diferencia que se observa no sólo en los años de desempeño de la profesión sino también los años que llevan dentro del área quirúrgica, no existe homogeneidad, por tanto, no podemos establecer este criterio para seleccionar participantes que quisieran o no participar. (Gráfico 3 y 4)

La experiencia de las enfermeras entrevistadas va desde 0 a 40 años en el servicio quirúrgico, siendo las que más contestaron a la entrevista aquellas que llevaban un año. Sin embargo, las profesionales llevaban desempeñando su categoría profesional, es decir, en un puesto como enfermero/as o auxiliares, de al menos dos años, siendo la participante que más tiempo lleva desempeñando su profesión una auxiliar de enfermería con un total de 37 años.



Gráfico 2. Servicios participantes.

Fuente: Elaboración propia.

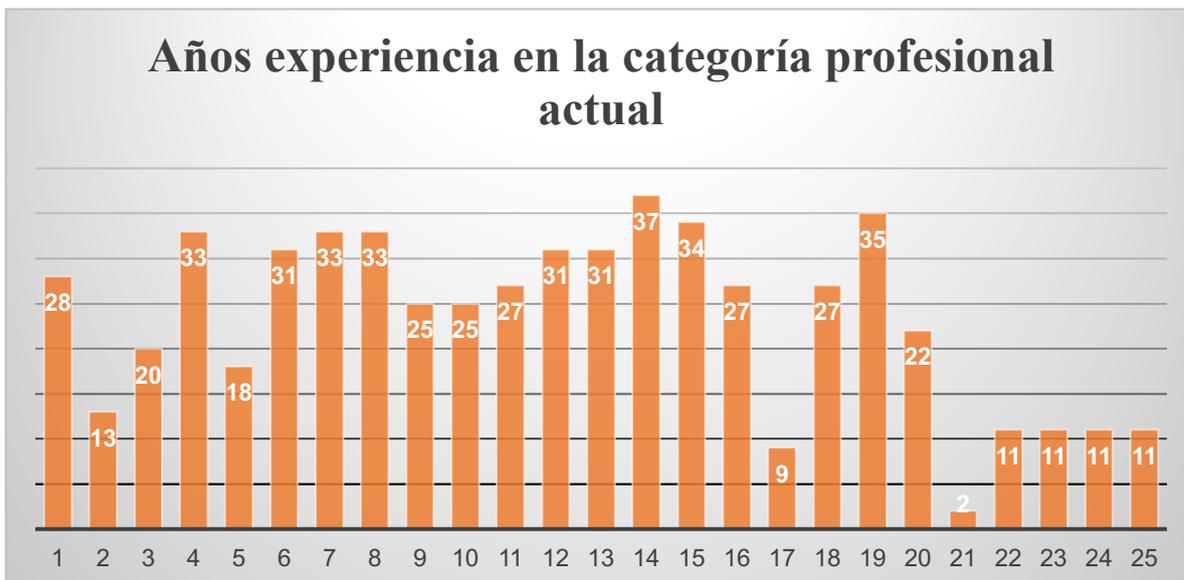


Gráfico 3. Años de experiencia dentro de la categoría profesional de las entrevistas analizadas.

Fuente: Elaboración propia.

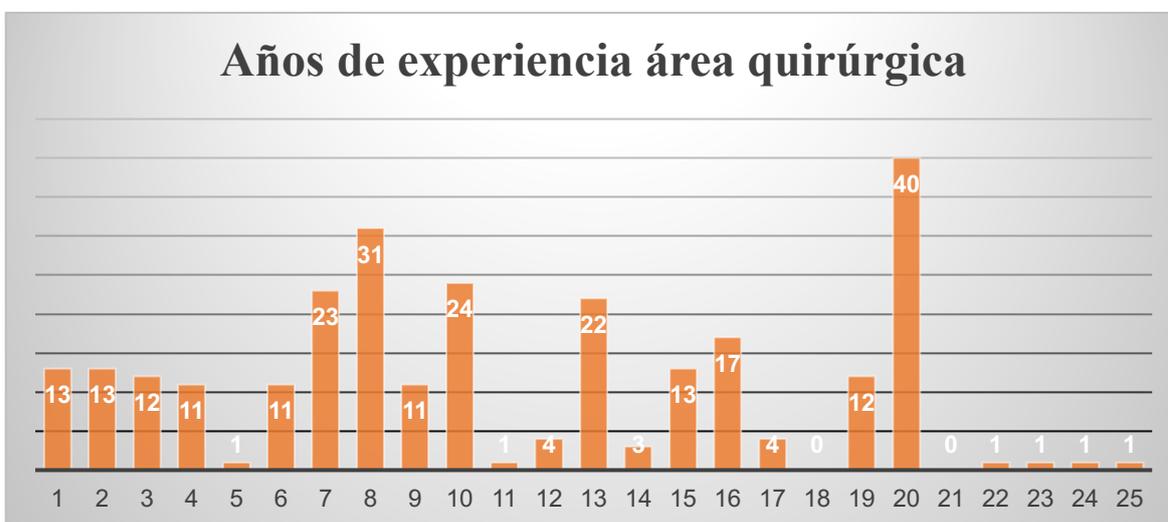


Gráfico 4. Años de experiencia dentro del área quirúrgica de las entrevistas analizadas.

Fuente: Elaboración propia.

Posteriormente se analizaron los resultados obtenidos de variables propias del cuestionario, “Cuestionario sobre seguridad del paciente” con las guías descritas por los autores de este y reflejados en el apartado Metodología.(97)

En primer lugar, cabe destacar la fiabilidad de las áreas que se analizan según el Alfa de Cronbach aportado por los propios autores del cuestionario. Se sintetizan los resultados según sea excelente mayor de 0,8; bueno mayor de 0,7 o fiable mayor de 0,6 (Tabla 4).

Tal y como se deja reflejado en la guía del cuestionario, se ha realizado un análisis por separado de las preguntas formuladas en negativo de aquellas formuladas en positivo con el fin de no obtener resultados fallidos y facilitar la síntesis. Se considera como fortaleza una dimensión que resulta con un total igual o mayor a 75% de respuestas positivas a preguntas formuladas en positivo y negativas a respuestas formuladas en positivo.

Mientras que, se considera una dimensión como oportunidad de mejora con un total de mayor o igual que el 50% respuestas negativas a preguntas formuladas en positivo y respuestas positivas a preguntas formuladas en negativo.(97)

Todas las dimensiones, por categorías con los resultados obtenidos según sean oportunidades de mejora o fortalezas quedan resumidos en la Figura 11.

De las dimensiones incluidas en la categoría “excelente” según alfa de Cronbach se encontraron los siguientes resultados:

1. **Notificación de eventos relacionados con la seguridad:** no se obtuvieron resultados para ser ni una fortaleza ni una mejora. Aunque si hay que mencionar que se obtuvieron un 41,33% de respuestas negativas. Además, nos parece muy interesante mencionar que sólo uno de los encuestados ha notificado un evento adverso.
2. **Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/Servicio en apoyo de la seguridad:** se obtuvieron resultados en las preguntas formuladas en positivo destacando como una oportunidad de mejora con un 50% de respuestas positivas. Sin embargo, no es concluyente con preguntas formuladas de forma negativa con un 30%, por lo que no se considera ni fortaleza ni oportunidad de mejora.
3. **Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio:** a pesar de que no puede considerarse una fortaleza, las respuestas positivas alcanzan un total del 62,66%, lo que se considera, puede ser un aspecto que puede ser reforzado con facilidad.
4. **Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente:** este aspecto es formulado como una oportunidad de mejora tanto en las preguntas

formuladas en positivo, alcanzando un 52% como aquellas formuladas en negativo con un 64%. Por lo que es a tener en cuenta para la triangulación de los resultados que los participantes consideren este ítem mejorable.

De las dimensiones incluidas en la categoría “bueno” según alfa de Cronbach se encontraron los siguientes resultados:

1. **Feed-back y comunicación sobre errores:** se considera una oportunidad de mejora con un resultado de 52% de respuestas negativas.
2. **Trabajo en equipo entre unidades:** no se encuentran resultados concluyentes encontrando un 46% de respuestas neutrales a preguntas positivas y un 40% de respuestas negativas a preguntas formuladas también en negativo.
3. **Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades:** aunque el porcentaje de respuestas negativas a preguntas positivas es del 46% no podemos concluir si es una fortaleza o mejora, se encuentra cerca de considerarse una oportunidad de mejora.

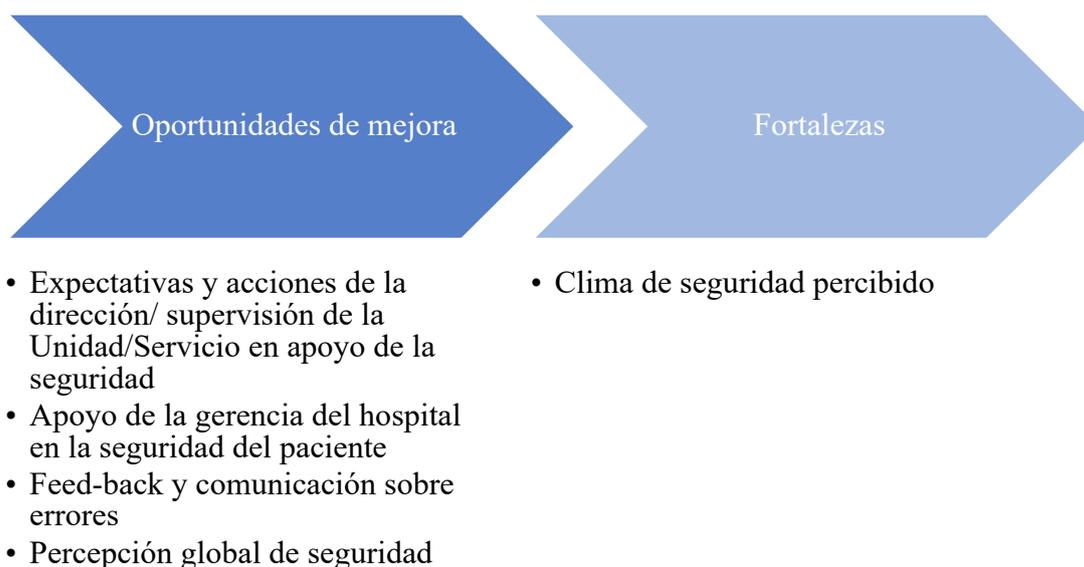
De las dimensiones incluidas en la categoría “fiable” según alfa de Cronbach se encontraron los siguientes resultados:

1. **Percepción global de seguridad:** en este aspecto tanto las preguntas formuladas en positivos como en negativo obtienen resultados que proponen una oportunidad de mejora con un 60 y 52% respectivamente, sin embargo es clave destacar que el Clima de Seguridad percibido por los profesionales evaluado con una escala del 1-10 supera el 70% con un 7,6 de media que supone una fortaleza.
2. **Aprendizaje organizacional/mejora continua:** los resultados no son concluyentes con un porcentaje de respuestas positivas, neutras y negativas muy similares 30,66%; 32%; y 37,33%.
3. **Franqueza en la comunicación:** en esta dimensión los resultados no son tampoco concluyentes corresponden a un 42% y 44% siendo en preguntas formuladas tanto positiva como negativamente similar.
4. **Respuesta no punitiva a los errores:** no se encuentran resultados concluyentes, todas las preguntas formuladas en positivo obtuvieron 40% de

respuestas positivas, 24% de respuestas neutras y 34,66% porque no hubo respuesta de uno de los participantes.

5. **Dotación de personal:** tampoco encontramos conclusiones en esta dimensión. Los porcentajes mayores se encuentran en respuestas neutras 44%, a preguntas formuladas en positivo y positivas 48% a preguntas formuladas en negativo.

Figura 11. Síntesis de los resultados del "Cuestionario sobre seguridad del paciente"



Fuente: Elaboración propia.

5.4 Análisis del resultado: a través de los indicadores de cirugía segura.

5.4.1 Variable descriptiva: número de intervenciones quirúrgicas.

5.4.1.1 Número de intervenciones quirúrgicas del hospital en el año 2019.

En el Gráfico 5 se muestra la distribución del número de intervenciones de los 12 servicios quirúrgicos que incluye el hospital, durante el año 2019.

Oftalmología es el servicio con mayor número de intervenciones quirúrgicas. Sin embargo, en su mayoría, corresponden a cirugías sin ingreso, conocidas como cirugía mayor ambulatoria (CMA). Desde el inicio del estudio por las características de los indicadores seleccionados y aspectos específicos relacionados con la LVQ se decidió excluir todas aquellas cirugías que no requieren ingreso.

Finalmente, se seleccionaron los servicios con mayor actividad quirúrgica, como representantes de la cirugía programada con ingreso: cirugía general y digestivo, traumatología, urología y ginecología.

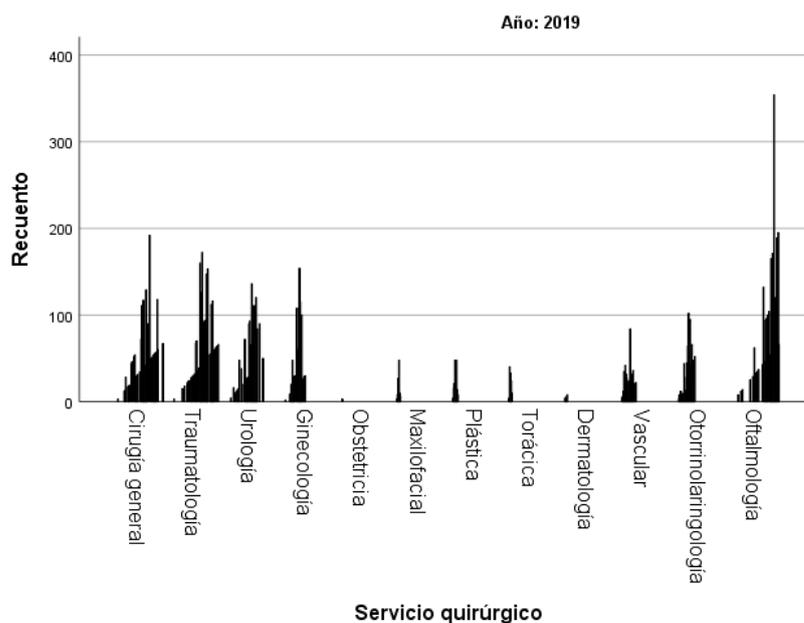


Gráfico 5. Intervenciones quirúrgicas por semanas de todos los servicios durante el año 2019.

Fuente: Elaboración propia.

5.4.1.2 Número de intervenciones quirúrgicas totales de los servicios seleccionados.

Finalmente, tras la selección de servicios con mayor número de intervenciones, se analizaron un total de 36252 intervenciones realizadas que se dividen en los años 2015-2019 (Tabla 12). De las cuáles, un 29% corresponde a cirugía general y digestivo, un 31,11% corresponde a cirugía traumatológica, 22,45% corresponde a urología y un 17,33% corresponde a ginecología y obstetricia.

Tabla 12. Número de intervenciones 2015-2019 dentro de los servicios incluidos.

<i>Número total de intervenciones quirúrgicas realizadas por los servicios seleccionados</i>	
<i>Servicio quirúrgico</i>	<i>Intervenciones realizadas</i>
<i>Cirugía general</i>	10548
<i>Traumatología</i>	11280
<i>Urología</i>	8139
<i>Ginecología</i>	6279
<i>Obstetricia</i>	6
<i>Total</i>	36252

Fuente: Elaboración propia.

5.4.1.3 Número de intervenciones quirúrgicas de 2015-2019 de los servicios seleccionados.

En la Tabla 13 se observa desagregado, el número de intervenciones dentro de los servicios seleccionados en los años comprendidos para el estudio del 2015 al 2019.

Servicio de cirugía general.

En el servicio de cirugía general, Tabla 13, no se ha producido un aumento progresivo del número de cirugías con los años. De hecho, el año con menor número de cirugías es el primero del estudio, 2015 (n=1717) mientras que el año con mayor número es 2018 (n=1974).

Tabla 13. Número de intervenciones realizadas en los servicios seleccionados 2015-2019

<i>Número de intervenciones realizadas en los servicios seleccionados por años</i>				
<i>Año</i>	<i>Servicio cirugía general</i>	<i>Servicio de traumatología</i>	<i>Servicio de urología</i>	<i>Servicio de ginecología y obstetricia</i>
2015	1717	1867	1253	1106
2016	1845	1877	1189	1090
2017	1780	1704	1213	1155
2018	1974	2235	1430	1111
2019	1967	2288	1561	1011

Fuente: Elaboración propia.

Servicio de traumatología.

En la Tabla 13, se observa que ha habido un incremento en el número de intervenciones que se realizan dentro del servicio de traumatología desde 2015 (n= 1867) a 2019 (n= 2288). Lo que supone un incremento del 22,54% en el número de intervenciones. Sin embargo, no es tampoco un avance progresivo puesto que el menor número de cirugías se realizó en 2017 (n=1704).

Servicio urología.

En el servicio de urología, Tabla 13, se observa también un aumento en el número de intervenciones quirúrgicas de 2015 (n= 1253) a 2019 (n= 1561). Esto supone un incremento de 24,58% en el número de cirugías que tampoco sigue una progresión lineal puesto que es 2016 el año con menor número de intervenciones (n=1189).

Servicio ginecología y obstetricia.

En este servicio como se observa en la Tabla 13 una disminución en el número de intervenciones siendo el año de menor número de intervenciones 2019 (n=1011) teniendo en cuenta las de obstetricia. A su vez el año con mayor número de intervenciones realizadas fue el año 2017(n=1155).

5.4.1.4 Pruebas de normalidad.

Se realizó la prueba *Kolmogorov-Smirnov* para conocer la existencia o no de normalidad de la variable “número de intervenciones realizadas”. Se comprobó que no se comporta de forma normal a lo largo de los años 2015-2019.

También se realizaron las pruebas estadísticas no paramétricas que correspondían a la variable “número de intervenciones realizadas”. A través de las pruebas de *Kruskal Wallis* obtuvimos en todos los servicios $p > 0.01$ lo que significa que, en todos ellos, se aceptaría la hipótesis alternativa, no existe una comparación viable por ser significativamente diferentes.

5.4.2 Variable resultado: “porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado la LVQ”.

El primero de los indicadores que se evaluó se denomina “porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado la LVQ” (Ilustración 1). Se realizará la fórmula de este indicador de proceso considerado básico según el Programa de cirugía segura del SNS que fue realizado por el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (MSSI). (106)

3a. % Pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado la LVSQ

Fórmula de cálculo: Nº de pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado la LVSQ x 100/
nº total de pacientes intervenidos de cirugía programada

Aclaraciones: Se excluye cirugía urgente y cirugía programada sin ingreso

Tipo de indicador: Indicador de proceso. Básico

Frecuencia de evaluación: Basal y final (intermedia opcional)

Referencias bibliográficas: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/bibliography/en/index.html>

Ilustración 1. Porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado la LVQ. Indicador de proceso "Cirugía Segura".

Fuente: Anexo 2. Indicadores de la estrategia de cirugía segura por el MSSI.

El hospital aportó este indicador a través de un documento Excel. En este documento se recoge por semanas desde el año 2015 al 2019 las siguientes variables: servicio quirúrgico, número de intervenciones programadas, número de LVQ abiertos y el porcentaje calculado según se resumen en la Tabla 14.

Tabla 14. Porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les aplica la LVQ.

Año	Departamento	LVQ completadas (n)	Intervenciones (n)	Cumplimentación anual (%)
2015	Cirugía general	3	1717	0,17
	Cirugía traumatológica	55	1867	2,95
	Cirugía urológica	32	1253	2,55

	<i>Cirugía ginecológica</i>	1	1106	0,09
2016	<i>Cirugía general</i>	7	1845	0,38
	<i>Cirugía traumatológica</i>	440	1877	23,44
	<i>Cirugía urológica</i>	49	1189	4,12
	<i>Cirugía ginecológica</i>	10	1090	0,92
2017	<i>Cirugía general</i>	17	1780	0,96
	<i>Cirugía traumatológica</i>	768	104	45,07
	<i>Cirugía urológica</i>	54	1213	4,45
	<i>Cirugía ginecológica</i>	33	1155	2,86
2018	<i>Cirugía general</i>	302	1974	15,30
	<i>Cirugía traumatológica</i>	479	2235	21,43
	<i>Cirugía urológica</i>	208	1430	14,55
	<i>Cirugía ginecológica</i>	148	1111	13,32
2019	<i>Cirugía general</i>	1554	1945	79,90
	<i>Cirugía traumatológica</i>	1386	2288	60,58
	<i>Cirugía urológica</i>	759	1561	48,62
	<i>Cirugía ginecológica</i>	603	1011	59,64

Fuente: Elaboración propia.

5.4.2.1 Porcentaje de pacientes a los que se les ha aplicado la LVQ por servicios.

En este estudio se procedió a dar lugar al indicador con la siguiente fórmula: en el numerador aquellos en los que se ha registrado la apertura de la LVQ y en el denominador todos los pacientes intervenidos de forma programada por año y servicio.

Se consideran para el recuento de los LVQ aplicados a pacientes intervenidos de cirugía programada siempre que se haya registrado la apertura del documento dentro de la historia clínica del paciente a través del programa informático SELENE.

En este sentido, hemos decidido analizar la distribución por años y servicios porque permite observar el progreso o mejora de los servicios a lo largo de los años de acuerdo con el resto de las variables que se quieren evaluar.

Para observar una progresión efectiva y por la conocida importancia de obtener niveles altos de cumplimentación, se decide que los datos de cumplimentación se organizarán a través de la categorización del nivel de cumplimentación. De esta forma se procederá a realizar un análisis más detallado de las diferencias. Esta categorización permitió una triangulación de los datos con los obtenidos mediante herramientas cualitativas.

De acuerdo con la necesidad de definir el nivel de cumplimentación se consideran los siguientes según lo que dictaminó el MSSSI junto con la Asociación Española de Cirugía (AEC) (45)

- nivel bajo <50%,
- nivel medio 50-90%,
- nivel alto 90-100%.

5.4.2.2 Progresión del porcentaje de cumplimentación a través de los años de todos los servicios (2015-2019).

En la siguiente Tabla 15 se resume la evolución, de acuerdo con los niveles establecidos, de los servicios por años en cuanto al porcentaje de cumplimentación de la LVQ.

Entre los años 2015 y 2019 no existen diferencias significativas ($p>0,05$) a pesar de que si se observen cambios. Sin embargo, si que existen diferencias significativas ($p=0,000$) entre los años 2016 y 2019.

En el Gráfico 6 se observa la cumplimentación durante el año 2015. En el año 2015, predominan los niveles bajos de cumplimentación de forma general, con la excepción del servicio de traumatología que registra un pequeño porcentaje de niveles medios.

Tabla 15. Evolución de los niveles de cumplimentación de la LVQ por servicios 2015-2019.

Año	Departamento	Nivel bajo (%)	Nivel medio (%)	Nivel alto (%)
2015	<i>Cirugía general</i>	100	-	-
	<i>Cirugía traumatológica</i>	100	-	-
	<i>Cirugía urológica</i>	100	-	-
	<i>Cirugía ginecológica</i>	100	-	-
2016	<i>Cirugía general</i>	100	-	-
	<i>Cirugía traumatológica</i>	83.01	16.98	-
	<i>Cirugía urológica</i>	100	-	-
	<i>Cirugía ginecológica</i>	100	-	-
2017	<i>Cirugía general</i>	100	-	-
	<i>Cirugía traumatológica</i>	59.61	40.38	-
	<i>Cirugía urológica</i>	100	-	-
	<i>Cirugía ginecológica</i>	100	-	-
2018	<i>Cirugía general</i>	84.61	11.53	3.84
	<i>Cirugía traumatológica</i>	98.07	0.47	-
	<i>Cirugía urológica</i>	94.23	5.76	-
	<i>Cirugía ginecológica</i>	88.46	11.53	-
2019	<i>Cirugía general</i>	3.77	69.8	26.41
	<i>Cirugía traumatológica</i>	20.75	79.25	-
	<i>Cirugía urológica</i>	49.05	50.94	-
	<i>Cirugía ginecológica</i>	30.19	64.15	5.66

Fuente: Elaboración propia.

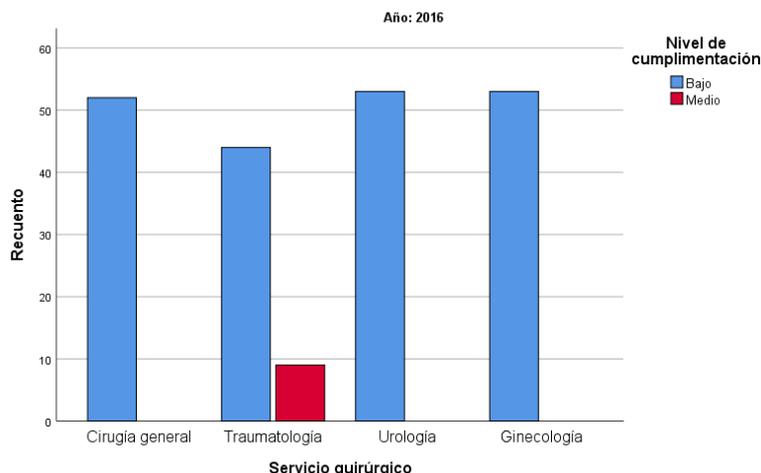


Gráfico 6. Nivel de cumplimentación por servicios año 2016.

Fuente: Elaboración propia.

En el Gráfico 7 se observa la cumplimentación durante el año 2019. En el año 2019 se observa un aumento de los niveles de cumplimentación medios en todos los servicios y la aparición de niveles altos en servicio como cirugía general y ginecología.

Se debe mencionar la heterogeneidad de los datos según servicios lo que implica una progresión muy diferente. El servicio de cirugía traumatólogica no obtiene niveles altos, pero tiene menos niveles bajos que cirugía urológica que se distribuye por igual en niveles bajos que medios de cumplimentación.

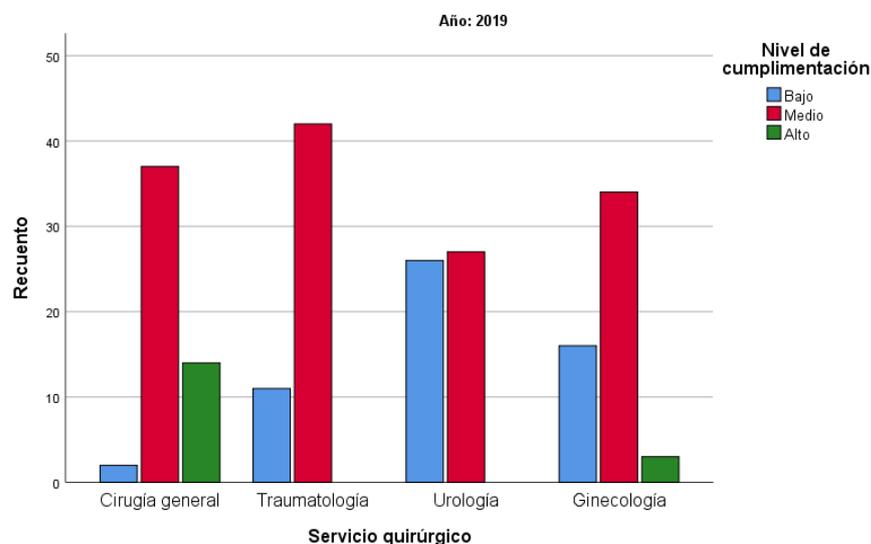


Gráfico 7. Nivel de cumplimentación por servicios año 2019.

Fuente: Elaboración propia.

5.4.2.3 Progresión del porcentaje de cumplimentación a través de los años separado por servicios (2015-2019).

5.4.2.3 Progresión del porcentaje de cumplimentación durante los años por servicios (2015-2019).

Se decide analizar los niveles de cumplimentación por servicios Gráfico 8-11 tras observar la heterogeneidad de estos. En general, en estos gráficos se observa una evolución hacia la mejora de los niveles de cumplimentación en todos los servicios con diferentes resultados.

En el Gráfico 8, del servicio de cirugía general, se observa una disminución lenta de los niveles bajos de cumplimentación lo que implica un aumento imperceptible de los niveles medios hasta el año 2018. Sin embargo, existe una progresión marcada hacia niveles de cumplimentación altos a partir del año 2018. Aún así, la mayor diferencia se observa durante el año 2019.

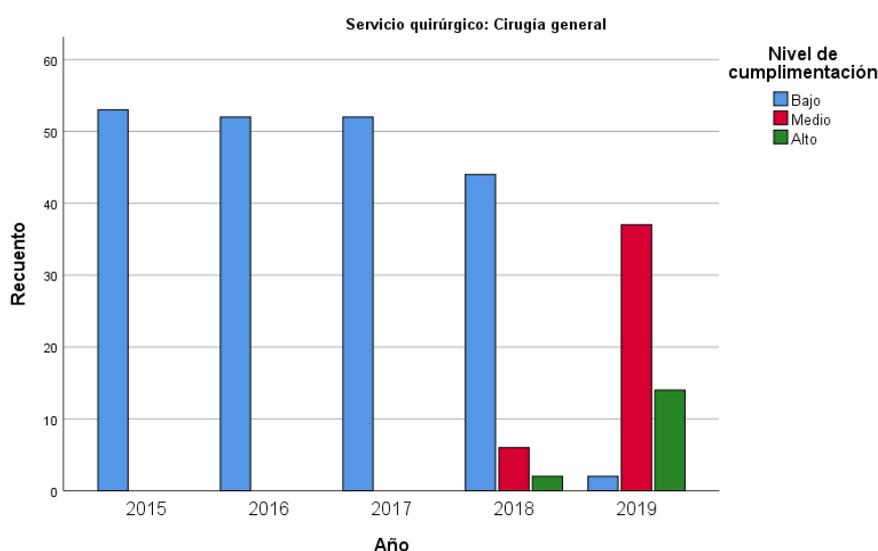


Gráfico 8. Nivel de cumplimentación por años del servicio de cirugía general.

Fuente: Elaboración propia.

En el Gráfico 9, del servicio de cirugía traumatológica, se observa una mejora hacia niveles de cumplimentación media en el año 2016. Esto parece un avance progresivo hasta que en el año 2019 predominan los niveles medios de cumplimentación sin alcanzar niveles altos de cumplimentación.

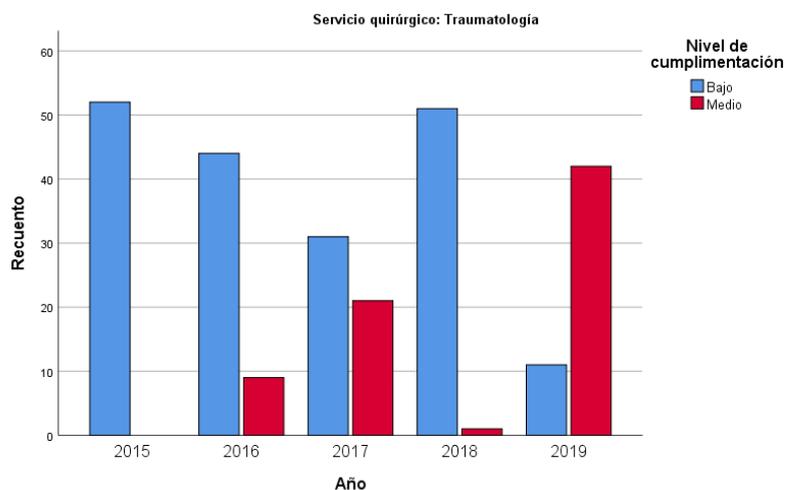


Gráfico 9. Nivel de cumplimentación por años del servicio de cirugía traumatológica.

Fuente: Elaboración propia.

En el Gráfico 10, sobre los niveles de cumplimentación por años del servicio de urología, se observa un descenso progresivo pequeño de los niveles bajos hasta 2018. Sin embargo, el gran cambio del servicio sucede en 2019 cuando los niveles bajos se equiparán a los medios, sin conseguir niveles altos de cumplimentación.

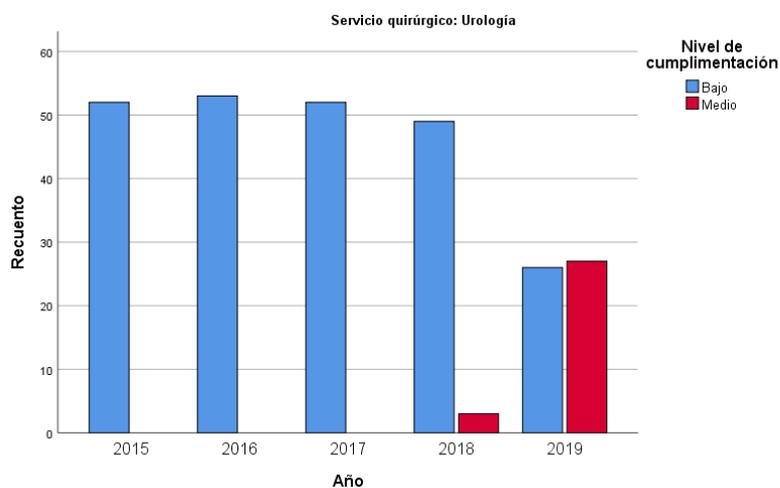


Gráfico 10. Nivel de cumplimentación por años del servicio de cirugía urológica.

Fuente: Elaboración propia.

En el Gráfico 11, sobre los niveles de cumplimentación por años del servicio de ginecología, se observa un descenso progresivo hasta el año 2018. A partir de 2018 se produce un ascenso del nivel de cumplimentación medio a partir con un llamativo cambio en 2019 en el que se disminuyen los niveles bajos aumentan los intermedios y aparecen por primera vez, niveles altos de cumplimentación.

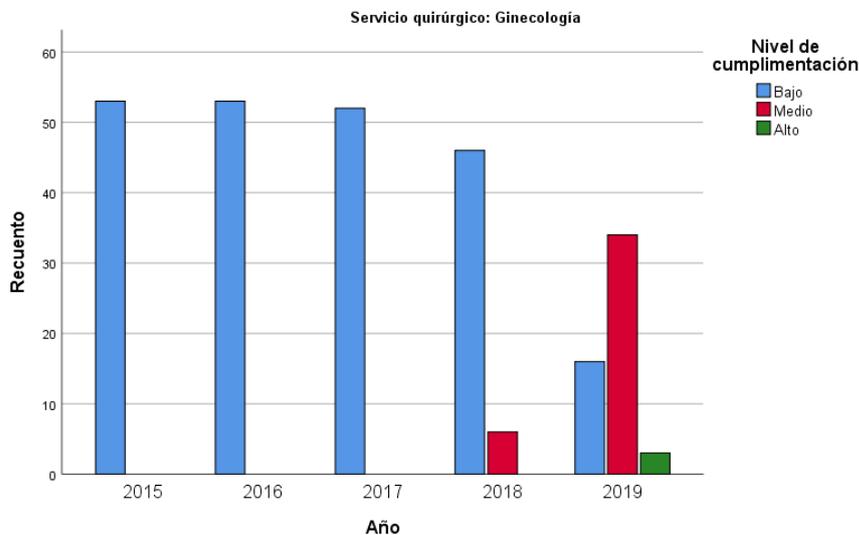


Gráfico 11. Nivel de cumplimentación por años del servicio de cirugía ginecológica y obstetricia.

Fuente: Elaboración propia.

5.4.3 Diferencias por servicios y años de las variables: “número de intervenciones realizadas” y “porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado la LVQ”.

5.4.3.1 Por servicios quirúrgicos.

A continuación, se describe el comportamiento de las variables “número de intervenciones realizadas” y “porcentaje de formularios completados” separado por servicios. Se realizaron las pruebas no paramétricas *Kruskall Wallis*, y, en ambas, se obtuvo una significación $p < 0,01$ en todos los grupos.

Por lo tanto, se pueden aceptar las siguientes dos hipótesis alternativas:

- Existen diferencias significativas en las intervenciones realizadas por servicios.
- Existen diferencias significativas en el porcentaje de cumplimentación realizado por servicio.

5.4.3.2 Por años 2015-2019.

Para observar el comportamiento de las variables “número de intervenciones realizadas” y “porcentaje de formularios completados” dentro de cada año del periodo comprendido entre 2015 y 2019, se realizó la prueba de *Wilcoxon* para analizar dos muestras relacionadas, es decir, dentro de los mismos grupos, pero tomadas en distintos momentos. Se obtuvo una significación $p < 0,01$ para todos los valores que relacionan los años y las variables.

5.4.4 Resultados de correlaciones directas entre “número de intervenciones realizadas” y “porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado la LVQ”.

5.4.4.1 Relación entre número de intervenciones realizadas y el porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado la LVQ por servicios.

Estas variables no tienen un comportamiento normal y por tanto se realizó la *Rho de Spearman* para establecer su correlación como se expone en la Tabla 16.

Según se observa en la Tabla 16, se obtuvo un $p < 0,01$ en el caso del servicio de urología en el que al aumentar el número de intervenciones aumentó el porcentaje de cumplimentación. Con un efecto de la relación calculado con el programa GPower de 0,541 que supone un tamaño del efecto grande según Cardenas y Arancibia (107).

Tabla 16. *Rho de Spearman. Correlaciones de “intervenciones realizadas” y “porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado la LVQ” por servicios.*

Cirugía general	Intervenciones realizadas	Coeficiente de correlación	de	1,000	,103
		Sig. (bilateral)		.	,096
		N		262	262
	Porcentaje de realización	Coeficiente de correlación	de	,103	1,000
		Sig. (bilateral)		,096	.
		N		262	262
Ginecología	Intervenciones realizadas	Coeficiente de correlación	de	1,000	-,034
		Sig. (bilateral)		.	,579
		N		263	263
	Porcentaje de realización	Coeficiente de correlación	de	-,034	1,000
		Sig. (bilateral)		,579	.
		N		263	263
Traumatología	Intervenciones realizadas	Coeficiente de correlación	de	1,000	,023
		Sig. (bilateral)		.	,709
		N		262	262
	Porcentaje de realización	Coeficiente de correlación	de	,023	1,000
		Sig. (bilateral)		,023	1,000
		N		262	262

		Sig. (bilateral)	,709	.
		N	262	262
Urología	Intervenciones realizadas	Coefficiente de correlación	1,000	,293**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	262	262
	Porcentaje de realización	Coefficiente de correlación	,293**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	262	262

Fuente: Elaboración propia.

5.4.4.2 Relación entre número de intervenciones realizadas y el porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado la LVQ por años.

En cuanto a las relaciones entre las variables “número de intervenciones realizadas” y “porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado la LVQ” por años se obtuvieron los siguientes resultados significativos que se resumen en la Tabla 17.

- Existe relación entre el número de intervenciones y el grado de cumplimentación dentro del año 2015 con una $p < 0,009$ y un tamaño del efecto 0,4230
- Existe relación entre el número de intervenciones y el grado de cumplimentación dentro del año 2016 con una $p < 0,001$ y un tamaño del efecto 0,4764
- Existe relación entre el número de intervenciones y el grado de cumplimentación dentro del año 2017 con una $p < 0,006$ y un tamaño del efecto 0,4347
- Existe relación entre el número de intervenciones y el grado de cumplimentación dentro del año 2018 con una $p < 0,001$ y un tamaño del efecto 0,4560
- No existe relación entre el número de intervenciones y el grado de cumplimentación dentro del año 2019 con un $p > 0,96$.

Tabla 17. Rho de Spearman. Correlaciones de variables por años (2015-2019).

2015	Intervenciones realizadas	Coefficiente de correlación	1,000	,179**
		Sig. (bilateral)	.	,009
		N	210	210
	Porcentaje de realización	Coefficiente de correlación	,179**	1,000
		Sig. (bilateral)	,009	.
		N	210	210
2016	Intervenciones realizadas	Coefficiente de correlación	1,000	,277**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	211	211
	Porcentaje de realización	Coefficiente de correlación	,227**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	211	211
2017	Intervenciones realizadas	Coefficiente de correlación	1,000	,189**
		Sig. (bilateral)	.	,006
		N	208	208
	Porcentaje de realización	Coefficiente de correlación	,189**	1,000
		Sig. (bilateral)	,006	.
		N	208	208
2018	Intervenciones realizadas	Coefficiente de correlación	1,000	,251**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	208	208
	Porcentaje de realización	Coefficiente de correlación	,251**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	208	208
2019	Intervenciones realizadas	Coefficiente de correlación	1,000	,115
		Sig. (bilateral)	.	,096
		N	212	212
	Porcentaje de realización	Coefficiente de correlación	,115	1,000
		Sig. (bilateral)	,096	.
		N	212	212

Fuente: Elaboración propia.

5.4.5 Variable resultado: “Mortalidad postoperatoria”.

El segundo de los indicadores que se evaluó se denomina “mortalidad postoperatoria” (Ilustración 3). Se realizará la fórmula de este indicador de resultado considerado básico según el Programa de cirugía segura del SNS que fue realizado por el MSSI. (106)

8. Mortalidad postoperatoria

Fórmula de cálculo: Nº de pacientes que fallecen durante el periodo de hospitalización después de una intervención quirúrgica x 100/ nº total de pacientes intervenidos de cirugía programada con ingreso.

Aclaraciones:

Periodo de estudio: Desde intervención quirúrgica hasta el alta hospitalaria.

Criterios de inclusión en el numerador: Casos con intervención (GRD tipo quirúrgico) y fallecimiento en el hospital (tipo de alta = 4). Tipo de ingreso programado.

Denominador: Todos los casos de ingreso con intervención (GRD tipo quirúrgico) y tipo de ingreso programado.

Tipo de indicador: Indicador de resultado. Básico

Frecuencia de entrega de resultados: Anual

Fuente de datos recomendada: Registro del CMDB de hospitalización o del área que se quiera estudiar

Ilustración 2. Mortalidad postoperatoria. Indicador de resultado "Cirugía segura".

Fuente: Indicadores de la estrategia de cirugía segura por MSSI.

De acuerdo con la información facilitada por el servicio de documentación del hospital se presentan los resultados relacionados en la Tabla 18 en la que se observa el porcentaje de éxitos de cirugías con ingreso total de cada año.

La variable éxitos se considera, en este registro, secundario a la cirugía si sucede en los 30 días posteriores a realizar la intervención.

Se seleccionarán aquellas cirugías que requieren hospitalización acorde con los criterios de inclusión de la investigación, esto quiere decir que requieren un ingreso hospitalario de al menos 24 horas.

Tabla 18. Porcentaje de exitus postquirúrgicos 2016-2020.

% Exitus postquirúrgicos					
AÑO	TIPO ACTIVIDAD	CASOS	ÉXITUS	ESTANCIA MEDIA	EXITUS POSTQX
2016	CIRUGÍA AMBULATORIA	14419	0	0,01	0
	HOSPITALIZACIÓN	8684	130	6,6	1,5
TOTAL		23103	130	2,48	0,56
2017	CIRUGÍA AMBULATORIA	15062	0	0,01	0
	HOSPITAL DÍA MÉDICO	56	0	0,75	0
	HOSPITALIZACIÓN	8988	169	6,64	1,88
TOTAL		24106	169	2,48	
2018	CIRUGÍA AMBULATORIA	15760	4	0,01	0,03
	HOSPITALIZACIÓN	9227	116	5,86	1,26
TOTAL		24987	120	2,17	
2019	CIRUGÍA AMBULATORIA	17141	4	0,01	0,02
	HOSPITALIZACIÓN	7373	88	5,91	1,19
TOTAL		24514	92	1,78	
2020	CIRUGÍA AMBULATORIA	12298	5	0,01	0,04
	HOSPITAL DÍA MÉDICO	581	0	0,05	0
	HOSPITALIZACIÓN	5930	100	6,58	1,69
		18809	105	2,08	0,56

Fuente: Sección archivo. Hospital San Pedro (2020).

A nivel general cabe observar un descenso desde el año 2016 1,5% hasta el año 2019 1,19%, esto parece ser progresivo excepto en el año 2017. No se pudo relacionar significativamente el número de cirugías con el porcentaje de exitus.

5.4.6 Resultados de las “reintervenciones en cirugía programada”

5.4.6.1 Número de intervenciones y reintervenciones en cirugía programada 2016-2020.

De acuerdo con los datos facilitados por la unidad de Archivo del hospital, se observan los datos tanto de intervenciones como de reintervenciones quirúrgicas dentro de los servicios y años seleccionados en el Gráfico 12.

A nivel general, en el Gráfico 12 no se encuentra relación entre mayor número de cirugías (n=4359) del servicio de cirugía general en 2016 con el mayor número de reintervenciones (n=33) del servicio de urología en 2018. Tampoco entre el menor número de cirugías (n=902) del servicio de ginecología en 2019 y el menor número de reintervenciones (n=4) del servicio de ginecología en 2016, 2017 y 2018.

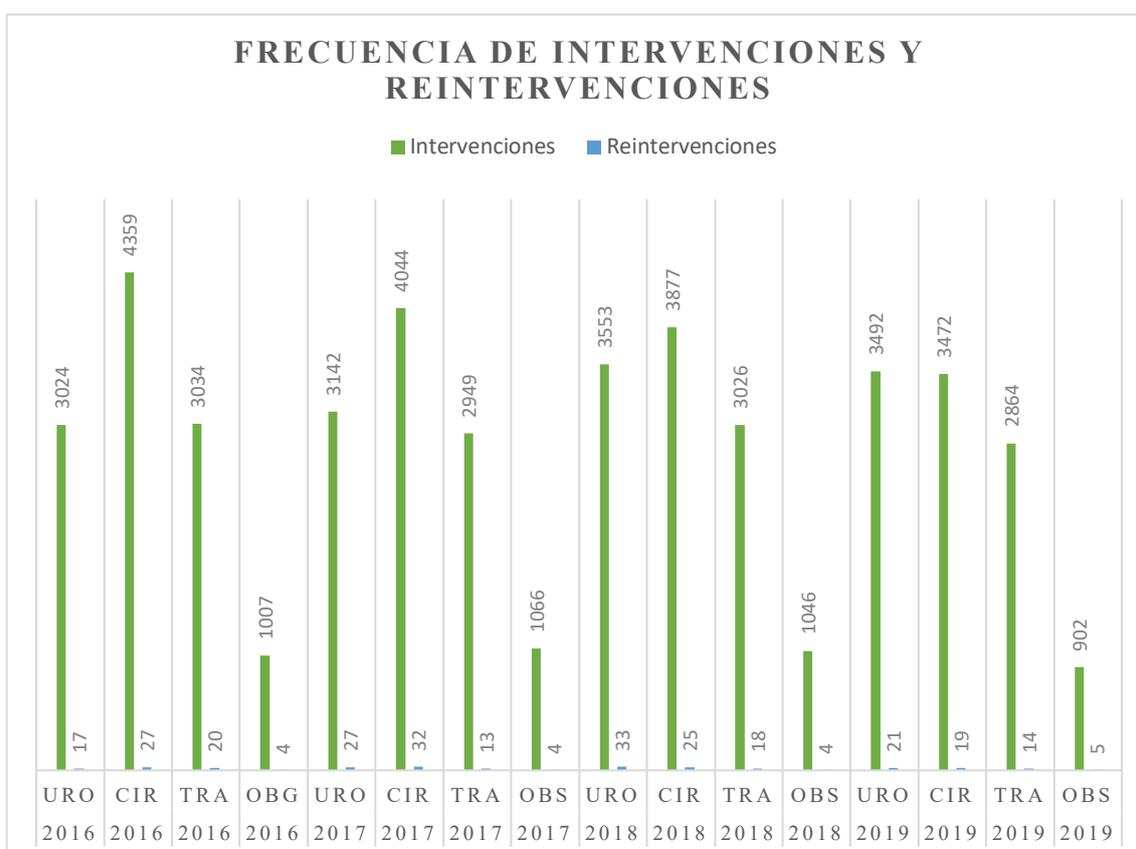


Gráfico 12. Relación entre variables “número de intervenciones” y “reintervenciones en cirugía programada” (2016-2019).

*URO: urología, CIR: cirugía general, TRA: taumatología, OBG: obstetricia y ginecología.
Fuente: Elaboración propia.

Para analizar la normalidad entre variables se realizó la prueba de *Shapiro-Wilks* con la que se observó que no se comportan con normalidad las intervenciones realizadas en el servicio de traumatología y las reintervenciones del servicio de ginecología. Sin embargo, sí se comportan con normalidad las variables incluidas en los servicios de cirugía general y urología, por lo que para el análisis del indicador de estos servicios se utilizó el test de correlación de Pearson.

5.4.6.2 Correlaciones de las variables: “número de intervenciones realizadas” y “reintervenciones en cirugía programada”.

En la Tabla 19 se observa la correlación existente con significación dentro del servicio de cirugía general ($p=0,031$) entre las intervenciones y reintervenciones de lo que se obtiene un coeficiente de correlación de 0,91 que supone una fuerte relación.

Tabla 19. Correlación de Pearson entre las variables "intervenciones realizadas" y "reintervenciones en cirugía programada" en los servicios de cirugía general y traumatología.

Servicio			Interv	Reinterv
CIR	Intervención	Correlación de Pearson	1	,911*
		Sig. (bilateral)		,031
		N	5	5
	Reintervención	Correlación de Pearson	,911*	1
		Sig. (bilateral)	,031	
		N	5	5
URO	Intervención	Correlación de Pearson	1	,539
		Sig. (bilateral)		,348
		N	5	5
	Reintervención	Correlación de Pearson	,539	1
		Sig. (bilateral)	,348	
		N	5	5

*CIR: cirugía general, URO: urología

Fuente: Elaboración propia,

5.4.7 Variable resultado: “ratio de reintervenciones en cirugía programada”.

El tercero de los indicadores que se evaluó se denomina “reintervenciones en cirugía programada” (Ilustración 4). Se realizará la fórmula de este indicador de resultado considerado básico según el Programa de cirugía segura del SNS que fue realizado por el MSSI. (106)

7b. Ratio de reintervenciones en cirugía programada
Fórmula de cálculo: Pacientes que son llevados a quirófano de manera no programada durante el mismo ingreso o hasta 30 días desde la intervención previa (x 100) / Total de pacientes intervenidos de forma programada.
Aclaraciones: La reintervención no programada de un paciente quirúrgico puede ser debida principalmente a complicaciones en el procedimiento realizado, y en menor medida, a las comorbilidades del paciente. Es un indicador de calidad que mide la efectividad clínica. Estos pacientes tienen una mayor tasa de mortalidad.
Numerador: Pacientes que son llevados a quirófano de manera no programada durante el mismo ingreso o hasta 30 días desde la intervención previa.
Las poblaciones incluidas: Pacientes con ingreso no programado e intervención quirúrgica registrados en CMBD.
Poblaciones excluidas: Reintervenciones programadas.

Ilustración 3. Ratio de reintervenciones en cirugía programada. Indicador de resultado "Cirugía Segura".

Fuente: Indicadores de la estrategia de cirugía segura por MSSI.

Con los datos aportados por la unidad de archivo del hospital se calculó la ratio de reintervenciones de cirugía programada, Tabla 20.

El servicio de cirugía general ha reducido su “ratio de reintervenciones en cirugía programada” de 2015 0,62 a 0,55 en 2019 y el servicio de traumatología de 0,66 en 2015 a 0,49 en 2019.

La menor ratio de reintervenciones es 0,38 en 2017 y 2018 y corresponde al servicio de ginecología que también es con diferencia en que menor número de intervenciones realiza.

El servicio de urología no sigue un curso progresivo y, a su vez, en el 2018 alcanza la mayor ratio de reintervenciones con 0,93.

Tabla 20. Resultado del indicador "ratio de reintervenciones en cirugía programada" por servicios (2016-2019).

Año	Servicio	Indicador
2016	URO	0,56
2016	CIR	0,62
2016	TRA	0,66
2016	OBG	0,40
2017	URO	0,86
2017	CIR	0,79
2017	TRA	0,44
2017	OBS	0,38
2018	URO	0,93
2018	CIR	0,64
2018	TRA	0,59
2018	OBS	0,38
2019	URO	0,60
2019	CIR	0,55
2019	TRA	0,49
2019	OBS	0,55

Fuente: Elaboración propia.

5.4.7.1 Ratio de reintervenciones de cirugía programada por servicios.

A continuación, se establecen los ratios de reintervención en cirugía programada de los servicios seleccionados, durante los años 2016-2019.

Servicio cirugía general.

En el ratio de reintervenciones dentro del servicio de cirugía general, Gráfico 13, se observa un descenso, la mayor ratio de reintervención se encuentra en 2017 con 0,79 y el menor en 2019 con 0,54.

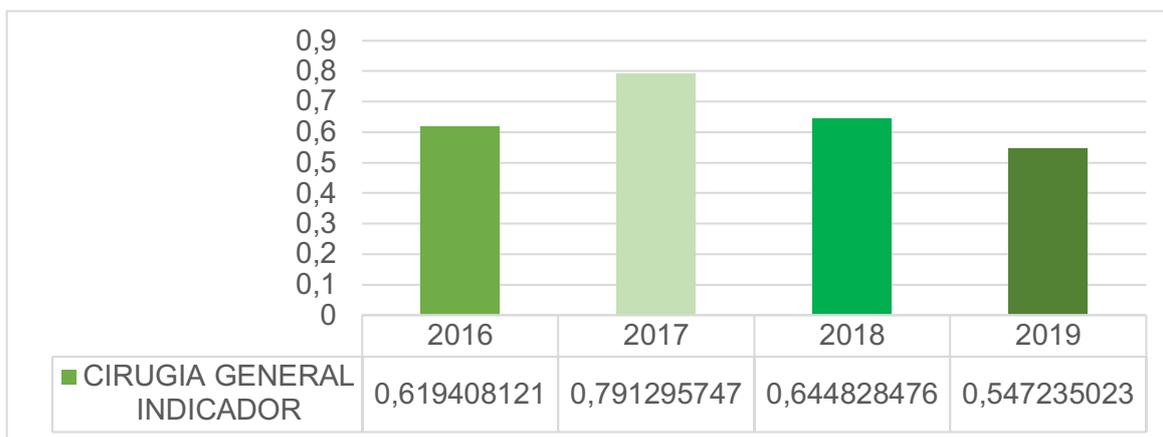


Gráfico 13. Ratio de reintervenciones cirugía general. 2016-2019.

Fuente: Elaboración propia.

Servicio de traumatología.

En el Gráfico 14, ratio de reintervenciones en traumatología observamos un descenso desde el 2016 hasta 2019 aunque es 2017 el año con menor ratio de reintervenciones, con un resultado de 0,44.

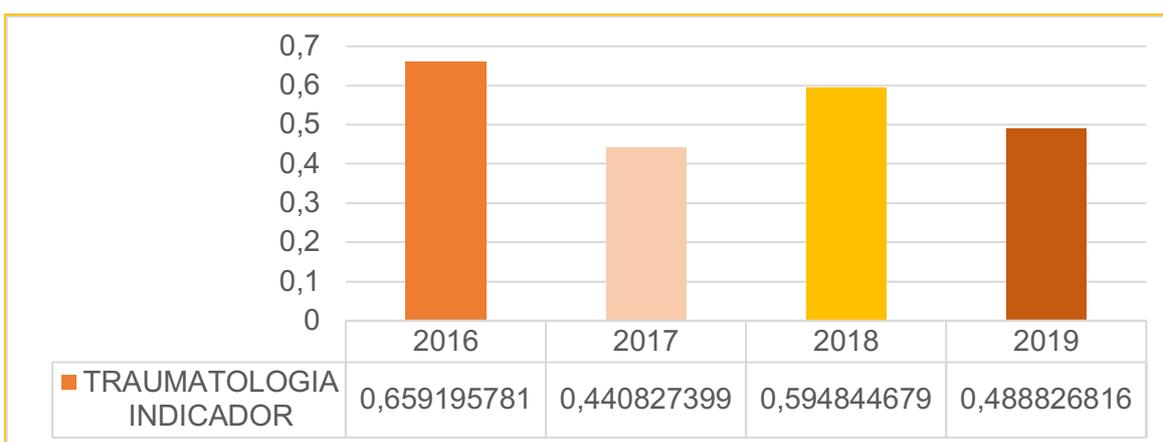


Gráfico 14. Ratio de reintervenciones traumatología. 2016-2019.

Fuente: Elaboración propia.

Servicio urología.

En la ratio de reintervenciones en urología Gráfico 15, se observa un máximo en 2018 con 0,92 mientras que la menor ratio coincide con el año 2016 0,56.

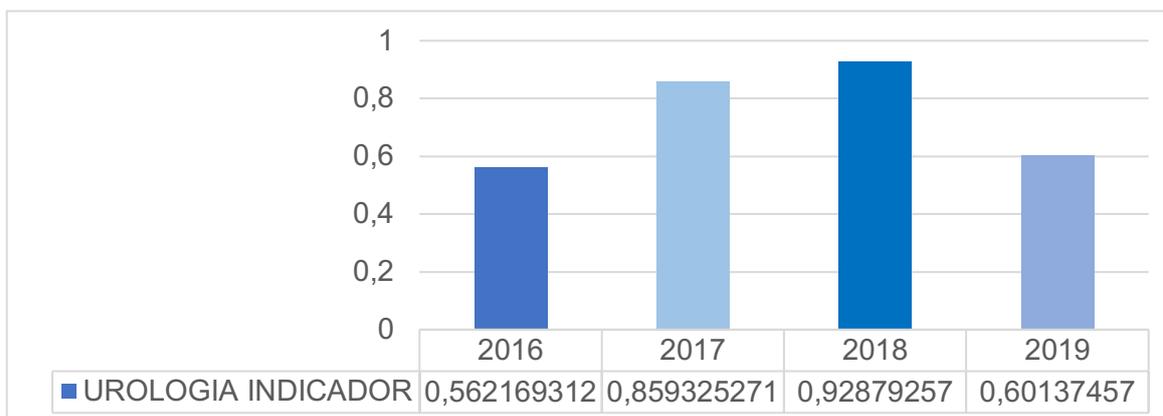


Gráfico 15. Ratio de reintervenciones urología. 2016-2019.

Fuente: Elaboración propia.

Servicio de ginecología y obstetricia.

En el Gráfico 16, ratio de reintervenciones de ginecología y obstetricia observamos los menores resultados de reintervención, a pesar de que han aumentado durante el año 2019 al máximo 0,55 siendo el valor mínimo el alcanzado en 2017 con 0,37.

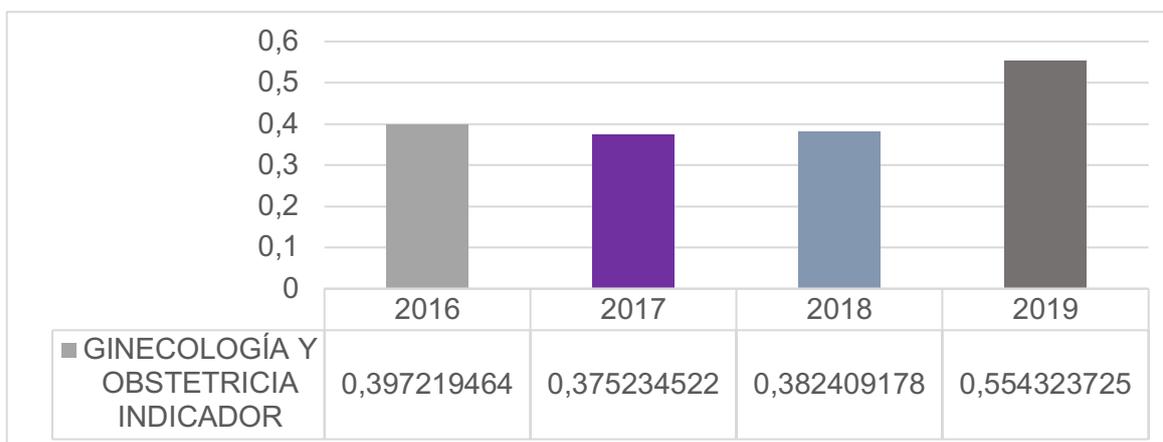


Gráfico 16. Ratio de reintervenciones ginecología y obstetricia. 2016-2019.

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos al asociar las variables reintervención y cumplimentación de la LVQ.

5.4.8 Relaciones entre variables de proceso y resultado: “porcentaje de cumplimentación de la LVQ” y “reintervenciones de cirugía programada”.

5.4.8.1 Porcentaje de cumplimentación de la LVQ y reintervenciones en cirugía programada.

Asociación por servicios:

Para establecer la normalidad se realiza la prueba de correlación Rho de Spearman cuyos resultados se presnetan en la Tabla 21, donde se observa que al comparar por servicios quirúrgicos no se obtiene ninguna relación significativa.

Tabla 21. Rho de Spearman. Variable “porcentaje de cumplimentación de la LVQ” y “reintervención en cirugía programada” por servicio quirúrgico.

CIR	Reintervenciones	Coefficiente de correlación	1,000	-,800
		Sig. (bilateral)	.	,104
		N	5	5
	LVQ	Coefficiente de correlación	-,800	1,000
		Sig. (bilateral)	,104	.
		N	5	5
GIN	Reintervenciones	Coefficiente de correlación	1,000	,866
		Sig. (bilateral)	.	,058
		N	5	5
	LVQ	Coefficiente de correlación	,866	1,000
		Sig. (bilateral)	,058	.
		N	5	5
TRA	Reintervenciones	Coefficiente de correlación	1,000	-,667
		Sig. (bilateral)	.	,219
		N	5	5
	LVQ	Coefficiente de correlación	-,667	1,000
		Sig. (bilateral)	,219	.
		N	5	5
URO	Reintervenciones	Coefficiente de correlación	1,000	,205
		Sig. (bilateral)	.	,741
		N	5	5
	LVQ	Coefficiente de correlación	,205	1,000
		Sig. (bilateral)	,741	.
		N	5	5

*URO: urología, CIR: cirugía general, TRA: taumatología, OBG: obstetricia y ginecología.

Fuente: Elaboración propia.

Asociación por años:

El número de reintervenciones programadas de cirugía y el “porcentaje de cumplimentación de la LVQ”, mediante la prueba *Rho de Spearman*, y no se encuentran correlaciones significativas entre ambas variables como se observa en la Tabla 22.

Tabla 22. Rho de Spearman. Variable “porcentaje de cumplimentación de la LVQ” y “reintervención en cirugía programada” por años de 2016-2019.

2016	Reintervenciones	Coefficiente de correlación	1,000	-,200
		Sig. (bilateral)	.	,800
		N	4	4
	LVQ	Coefficiente de correlación	-,200	1,000
		Sig. (bilateral)	,800	.
		N	4	4
2017	Reintervenciones	Coefficiente de correlación	1,000	-,400
		Sig. (bilateral)	.	,600
		N	4	4
	LVQ	Coefficiente de correlación	-,400	1,000
		Sig. (bilateral)	,600	.
		N	4	4
2018	Reintervenciones	Coefficiente de correlación	1,000	,200
		Sig. (bilateral)	.	,800
		N	4	4
	LVQ	Coefficiente de correlación	,200	1,000
		Sig. (bilateral)	,800	.
		N	4	4
2019	Reintervenciones	Coefficiente de correlación	1,000	,400
		Sig. (bilateral)	.	,600
		N	4	4
	LVQ	Coefficiente de correlación	,400	1,000
		Sig. (bilateral)	,600	.
		N	4	4
		N	4	4

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN.

6.1 Contribuciones teóricas.

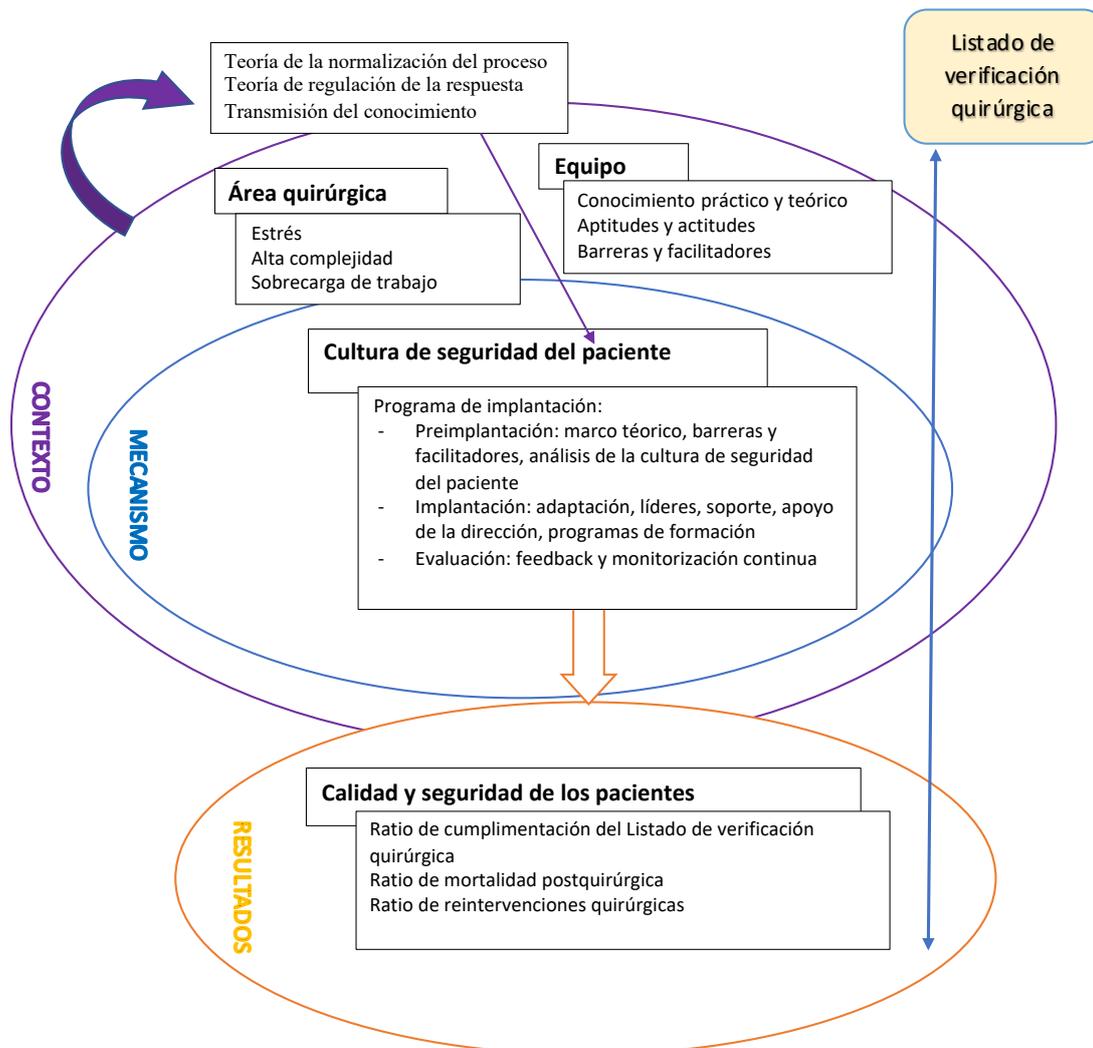
A continuación, se reflejan de forma comparativa los aspectos más relevantes de esta investigación. La evaluación realista fue escogida como metodología idónea con respecto a otras metodologías como, por ejemplo, los estudios transversales. En este sentido, ser idónea, implica que ha sido posible realizar un análisis profundo y detallado de la situación dentro del contexto. Del análisis en profundidad surge la Figura 12 que describe el modelo CMO de la LVQ.

Al contexto de la LVQ se deben vincular dos elementos muy importantes, por un lado, las características propias del área quirúrgica que implican estrés, alta complejidad y sobrecarga de trabajo. Y, por otro lado, un equipo en el que cada miembro tiene un mayor o menor conocimiento teórico-práctico, distintas aptitudes y actitudes y diferentes barreras y facilitadores.

Si tenemos en cuenta los marcos teóricos más usados, la teoría de normalización del proceso, teoría de la regulación de la respuesta y transmisión del conocimiento se llega a la conclusión de que el mecanismo de funcionamiento de la LVQ es la propia cultura de seguridad del paciente entendida como tal pero, sin olvidar que son las estrategias de implantación las que provocan su desarrollo.

En esta investigación se analizó la relación del contexto y el mecanismo con tres tipos de resultados: la mortalidad postquirúrgica, el número de la LVQ realizados y el número de reintervenciones quirúrgicas. En esta Figura 12 se representa como la LVQ atraviesa los tres aspectos que se mencionan en el Modelo CMO e identifica los términos clave para realizar evaluaciones posteriores en este y otros contextos similares.

Figura 12. Evaluación realista del funcionamiento de la LVQ en el contexto quirúrgico a través del modelo CMO.



Fuente: Elaboración propia.

En el desarrollo de esta investigación ha sido de gran utilidad profundizar en las experiencias de mandos intermedios para explicar los hallazgos cuantitativos y resaltar aspectos importantes de cara a futuras investigaciones. Este diseño ha aportado la posibilidad de generar hipótesis relevantes del comportamiento de los profesionales, la LVQ y algunos indicadores de cirugía segura. De hecho, se puede afirmar que existe relación entre los términos cultura de seguridad del paciente, cumplimentación de la LVQ y resultados en morbilidad, dentro del contexto de estudio. En estudios previos se encontró relación entre la adherencia a la LVQ y las actitudes de los profesionales a través de un diseño mixto (108). A pesar de esto, no se pueden inferir estos resultados para otras

investigaciones puesto que es una intervención compleja y se requieren unos indicadores específicos y una mayor muestra. Este estudio, sin embargo, si permite establecer mejoras en el contexto concreto en el que se ha llevado a cabo y ser un punto de partida en la profundización para programas de implantación efectivos de otras organizaciones.

En este estudio, destacan tres elementos clave que se discuten desde el contexto en el que se han producido y en relación con los hallazgos de otros autores. Se trata de los términos: seguridad del paciente, LVQ e indicadores de cirugía segura.

6.1.1 Seguridad del paciente: relevancia.

La seguridad del paciente como refieren Rocco et al. tiene como último fin eliminar los errores que se puedan producir en la atención al paciente. Sin embargo, algunos errores humanos son inherentes al proceso asistencial. Es en estos casos en los que la seguridad del paciente propone estrategias para evitar o reducir tanto el daño como el número de errores (17).

La seguridad del paciente se enmarca dentro de la calidad asistencial y es propia de un sistema de salud que evoluciona hacia un alto valor tanto institucional como corporativo (107).

6.1.1.1 La seguridad del paciente quirúrgico: en la cima de las organizaciones.

Como refiere Silva et al. (109) de las millones de intervenciones quirúrgicas que se realizan anualmente en el mundo, siete millones sufrirán eventos adversos graves y un millón fallecerá durante o tras pocos días de la intervención (110).

En el caso de la seguridad del paciente en el quirófano se destaca que los resultados obtienen un beneficio directo en los pacientes y en sus organizaciones puesto que además de evitar daños también evitan gastos derivados de las estancias en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), hospitalización o reintervenciones. Los errores conllevan para las organizaciones unos gastos, ya sea de tipo retributivo por compensación del error, o debido a gastos provocados por un aumento de la estancia hospitalaria o la necesidad de reintervenir (111).

Cada día se observa una mayor preocupación por la seguridad quirúrgica porque como refiere Cramer et al. los eventos centinela son mediáticos en EEUU y suponen una mala imagen de las organizaciones. (43) Debido a esto, es difícil conocer el número de eventos centinela que suceden a nivel mundial, ya en el año 2012, Panesar et al. calcularon que sólo se notificaban un 6% de los eventos centinela, es decir, la punta del iceberg de aquellos eventos que pueden ser potencialmente prevenibles (112)

En este estudio se quiso explorar el conocimiento y las percepciones de los mandos intermedios con respecto a la seguridad del paciente dado que es el punto de partida de cualquier estrategia de seguridad del paciente. El análisis de los discursos de las entrevistas mostró cierta variabilidad en la definición del concepto, si bien, todos ellos coinciden en su relevancia utilizando adjetivos como vital y primordial, o refiriéndose al riesgo, al hablar de incidentes y errores. Los ejemplos que se expresan directamente se relacionan con su práctica asistencial, es decir, con una visión limitada únicamente a su ámbito de actuación quirúrgica. Se encuentran estudios similares, en otros servicios, que evalúan la percepción y definición de seguridad del paciente desde un punto de vista cualitativo a nivel general como el de García-Dieguez et al. (113). En este estudio profundizaron en definiciones relacionadas con la interacción entre profesionales, el sentimiento de equipo, la calidad y la vulnerabilidad (113). Se han encontrado estudios que estudian la interacción contabilizando, a través de cuestionarios, la cultura de seguridad del paciente o el número de notificaciones de eventos adversos (41,114).

6.1.1.2 Cultura de seguridad del paciente.

A raíz de definir la seguridad del paciente se considera explorar la cultura de seguridad del paciente dentro de las organizaciones. Una cultura de seguridad del paciente positiva en las organizaciones se asocia con mejores tasas de morbimortalidad. En el año 2019, Odell et al. encontraron una reducción del riesgo ajustado de morbilidad y mortalidad de los pacientes asociado a una cultura de seguridad del paciente positiva (115).

Sin embargo, es imprescindible evaluar la cultura de seguridad en su contexto, de la mano de las condiciones laborales y el ambiente para poder predecir resultados (116).

Existe una relación bidireccional entre cultura de seguridad del paciente y aspectos tales como, el trabajo en equipo, la comunicación, el reconocimiento profesional y la notificación de eventos adversos. Todos los mencionados pueden servir como predictores del riesgo que se produce durante el proceso asistencial (117,118). En este estudio se observaron diferencias, entre grupos profesionales, en los testimonios de los entrevistados en torno al reconocimiento, el trabajo en equipo y la comunicación según la profesión a la que pertenecen. Se considera relevante destacar la sensación negativa de responsabilidad que los mandos intermedios de enfermería perciben con respecto a otros grupos profesionales en lo que respecta a cultura de seguridad del paciente (115). En relación con la falta de responsabilidad percibida por los mandos intermedios de enfermería se destaca que, a la hora de evaluar la cultura de seguridad del paciente a través de un cuestionario en la Fase 2 se consideró a todos los miembros del equipo multidisciplinar, sin embargo, solamente participaron miembros del equipo de enfermería, tanto enfermeras como auxiliares de enfermería lo que permite vislumbrar una falta de consideración hacia la cultura de seguridad del paciente por parte del resto de miembros del equipo multidisciplinar.

La tasa de respuesta al cuestionario sobre “Seguridad de los pacientes” es baja en general, en este estudio, lo que no se encuentra respaldado por otros estudios como el de Tan J. et al., en 2021, en el que, al menos participan entre un 50-60% del total de los profesionales del área quirúrgica, con resultados de participación altos tanto de cirujanos como de enfermeras, siendo los menos participativos los anestesiistas (119). Las diferencias de participación con otros estudios sólo refuerzan la necesidad de contextualizar lo que también se observa durante las entrevistas, la cultura de seguridad depende de múltiples factores: personales, organizacionales, profesionales y contextuales. Y esto, una vez más, destaca la importancia de explorar los modelos de comportamiento de forma tanto cuantitativa como cualitativamente como refieren Papaconstantinou et al. (120), con el fin de garantizar la retroalimentación con las organizaciones y el éxito de herramientas como la LVQ.

Dentro de los resultados que se obtuvieron en el cuestionario realizado por los profesionales de enfermería se destaca, que un 41,33% señaló que apenas se notifican eventos adversos y un 48,4% de los participantes consideró que “no se producen más

errores por casualidad”. Por otro lado, estos mismos participantes calificaron el “Clima de seguridad del paciente” con una media de 7,6, lo que en términos cuantitativos se considera una fortaleza. Las controversias encontradas en torno al concepto “Clima de seguridad del paciente” es un resultado que merece una exploración más detallada. Aunque los profesionales de enfermería, en el cuestionario, se sientan dentro de un clima seguro, existe una falta de formación. Se sienten respaldados por sus “colegas” de profesión dentro de su puesto de trabajo, por lo que el trabajo en equipo dentro del grupo obtiene niveles intermedios casi altos, con un 62,66% de respuestas positivas. Sin embargo, no perciben apoyo de la gerencia, del hospital, feedback, formación o facilidades para la notificación de eventos adversos que son factores clave del denominado “Clima de seguridad del paciente”. Estos resultados ambiguos son compartidos por otros estudios como el de Alsalem et al. (121), que realizaron un estudio con cinco cuestionarios diferentes para averiguar el “Clima de seguridad del paciente” y tampoco encontraron resultados concluyentes dentro del mismo contexto. Como sucede en esta investigación, por un parte, los mandos intermedios perciben una evolución positiva en el clima pero no lo definen como un aspecto positivo, los profesionales asistenciales, sin embargo, a través del cuestionario lo evalúan positivamente pero cuando se refieren aspectos como notificación se evalúa negativamente.

Es difícil definir el término “Clima de seguridad del paciente”, sin embargo, si sabemos que se encuentra relacionado con la cultura de seguridad del paciente. En este estudio, la combinación de metodología cuantitativa y cualitativa confirmó que existe un concepto difuso y complejo en torno a los que se percibe como “Clima de seguridad del paciente” lo que también reflejaron Azyabi et al. (122).

En el resto de ítems del cuestionario, a pesar de ser una muestra pequeña, se obtienen resultados similares a otros estudios como, por ejemplo, “*se pierde información entre una unidad y otra*”, lo que ha sido considerado como una oportunidad de mejora también en otros estudios internacionales como el de Stoyanoba et al. (123) que encontró la pérdida de información entre unidades como una oportunidad de mejora común en los hospitales de Bulgaria, Croacia y EEUU. Otros como el estudio de Alsubaie et al.(124) concluye que existe la necesidad de registrar lo que sucede durante el periodo perioperatorio para evitar las pérdidas de información observadas.

En este estudio, los profesionales destacaron en las entrevistas una relación entre la mejora en la percepción de la cultura de seguridad del paciente y el aumento en el uso de la LVQ. Se observa en los discursos una percepción unánime en la evolución y mejora de la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y dentro de la organización. Esto, a su vez, se ha podido observar que se acompaña de un aumento del porcentaje de LVQ cumplimentadas desde el año 2016 hasta el año 2019, en el hospital objeto de nuestro estudio.

Parece obvio pensar que las herramientas de seguridad del paciente se usarán proporcionalmente a la cultura de seguridad del paciente que exista en la organización, pero además se han encontrado estudios que lo relacionan directamente con resultados para el paciente. En 2019, Haugen et al. (125) explican una necesidad de establecer una fidelidad o cultura de seguridad para utilizar de forma efectiva la LVQ, además, Odell et al. (115) observaron una mejora significativa de la mortalidad y las complicaciones postoperatorias relacionadas con un aumento de la cultura de seguridad del paciente.

6.1.2 La Lista de verificación quirúrgica (LVQ).

En el presente estudio se escogió la LVQ como una herramienta de seguridad del paciente en el quirófano sobre la que se desarrollan todas las fases. La LVQ es una herramienta de la que disponen los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad del paciente durante el periodo perioperatorio reduciendo eventos adversos evitables. El estudio de Cramer et al. realizado en EEUU, durante el año 2020, estima que entre un 9,6 y 10,8% de los errores que se han cometido en cirugías de otorrinolaringología podían haber sido evitados con una mayor adherencia a instrumentos como la LVQ. Esta mayor adherencia a la LVQ implica una correcta implantación para que sea considerada efectiva (43).

Tras el desarrollo de esta investigación podemos definir una correcta implantación de la LVQ a través de los siguientes conceptos: fidelidad, adherencia y cumplimentación. La fidelidad se entiende como positiva si los profesionales entienden y comparten el objetivo. La adherencia, por su parte, hace mención sobre si se completan los ítems de la LVQ en su totalidad y la cumplimentación de la LVQ responde a el número de veces que se realiza (126). Los tres aspectos son esenciales para mejorar la efectividad de la lista.

Por tanto, únicamente en los casos en los que la LVQ se implante de forma correcta se obtendrán mejores resultados tanto para la organización como para los pacientes. Las mejoras en la organización se relacionan con: coordinar los canales de comunicación, establecer una organización dentro del equipo quirúrgico y promover la cultura de seguridad el paciente como muestran Ribeiro et al. y Alpendre et al. (127,128). Mientras que, las mejoras para el paciente se relacionan con una disminución de: complicaciones postquirúrgicas, infecciones de herida quirúrgica, pérdidas de sangre y mortalidad (129).

Fidelidad.

La fidelidad, dentro de este estudio, es uno de los motivos por los que se decidió utilizar un abordaje cualitativo para su exploración. Se realizaron un total de once entrevistas a mandos intermedios de las cuáles, nueve hicieron referencia a la LVQ como algo necesario e indiscutible. En la misma dirección que los resultados de este estudio, podemos hablar de fidelidad conforme a otros estudios cuantitativos realizados con profesionales quirúrgicos en los que encuentran términos como aceptable o deseable y percibido como beneficioso (130). Verwey et al. a través de un estudio cuantitativo se encontró también con que la mayoría de los participantes respondieron positivamente respecto a la LVQ. De hecho, Verwey et al., que realizó su estudio en el año 2018, comparte frases que aparecieron literalmente en las entrevistas de este estudio como: no completarlo es una práctica poco profesional (72,8%), mejora el sentimiento de equipo (79,3%), evita el error humano (90,8%) y aumenta la seguridad del paciente (90,2%) (131).

También hay que destacar en los resultados de la investigación el hallazgo de controversias en dos de los participantes correspondientes al equipo de enfermería. Estos participantes se refirieron a la LVQ calificándola de repetitiva, duplicada y sin efecto si se realiza de forma individual lo que resulta coincidente con los hallazgos de otros estudios (116,128,129). Zingiryan et al. realizaron un estudio sobre la percepción que existe dentro del equipo multidisciplinar y encontraron diferencias entre los grupos, como se refleja también en esta investigación: los cirujanos confiaban en menor porcentaje

(42,4%) que los anestesiólogos (69 %) y los enfermeros (76,7%) en los beneficios de utilizar la LVQ (131).

En el contexto de este estudio la LVQ se pone en marcha por primera vez durante los años 2014-2015 con una prueba piloto que resulta ser un fracaso. En 2016 se realiza en primer intento que incluye a toda el área quirúrgica con pequeñas estrategias de implantación y, por último, en el año 2018-2019 se realizan estrategias de implantación como la adaptación, reuniones, apoyo de la dirección y soporte informático.

6.1.2.1 Programas de implantación de la LVQ.

Una de las razones de la investigación fue la observación de controversias encontradas en la literatura respecto a los resultados obtenidos de la implantación de la LVQ. Algunos estudios obtuvieron resultados negativos del uso de la LVQ. Aún así, los resultados tanto positivos como negativos son poco comparables entre diferentes contextos quirúrgicos. Una de las claves de la comparabilidad entre estudios es la descripción y mención del programa de implantación que se lleva a cabo para la introducción, desarrollo, evaluación y mantenimiento de la LVQ (129).

La inclusión de experiencias y datos cualitativos ha destacado resultados interesantes para conocer el contexto real que implica la variabilidad. En este estudio, se han encontrado diferencias en las estrategias de implantación percibidas y su grado de utilidad según el departamento al que perteneciera cada profesional dentro de la misma área quirúrgica. Tanto es así, que hay profesionales que no se han sentido partícipes del primer y segundo programa de implantación a pesar de que se encontraban trabajando en el área quirúrgica del hospital. Dentro de los testimonios, los participantes de los servicios transversales (enfermería y anestesia), que participan en todo el bloque quirúrgico, si recordaron los tres momentos de implantación. Sin embargo, esto no sucede con en el recuerdo de aquellos que pertenecen a las diferentes especialidades quirúrgicas. Este resultado dispar entre especialidades quirúrgicas, también lo encontraron Berman et al.(135) en EEUU y refleja la importancia de planificar estrategias de implantación efectivas de la mano de la programación, utilidad y accesibilidad considerando a todo el equipo multidisciplinar y contexto quirúrgico en general.

La scoping review, con la que comenzó esta investigación, permite establecer una categorización que clasifica las estrategias de los programas de implantación en tres momentos: pre-implantación, implantación y evaluación. Esta clasificación organiza las acciones según el objetivo para facilitar la realización y evaluación de programas de implantación efectivos. (Anexo 1)

A continuación, se comentan brevemente las acciones que fueron percibidas por los informantes, permitiendo evaluar de forma contextual su uso, pertinencia y posibles comparaciones con otros estudios actuales.

- Estrategias de pre-implantación.

Establecer un marco-teórico

El hecho de establecer un marco teórico previo a cualquier implantación permite una protocolización del proceso e identificar los distintos mecanismos que influyen en el resultado que queremos conseguir (133). Dentro del contexto quirúrgico de este estudio, se encuentran resultados negativos en torno a las estrategias de pre-implantación. No se establece un marco ni existe documentación histórica que justifique una necesidad o justificación por la que poner en marcha la instauración de una LVQ.

Análisis de barreras y facilitadores

No se tiene constancia de la realización de un análisis previo de barreras y facilitadores, aunque sí se observa que tanto los responsables de calidad como los jefes de servicio y supervisores muestran empatía hacia el resto de profesionales y un amplio conocimiento de mismas. Durante el proceso de esta investigación se han analizado las barreras y facilitadores, se obtienen resultados muy similares a otros estudios (134,135).

A través del análisis reflexivo se llega a establecer la siguiente relación: las barreras deben ser un punto de partida para la programación de acciones mientras que, los facilitadores además de ser un punto de partida se entremezclan con las

acciones propias de implantación y evaluación. Acorde con los resultados de otros estudios en los resultados más relevantes se encuentra la barrera referida al grupo resistente. Se coincide en la concepción del grupo resistente como aquel que presenta poca colaboración en la realización de la LVQ considerándola innecesaria. Además, esta resistencia provoca en el resto una desmotivación porque implica una ruptura de la corresponsabilidad y el sentimiento de equipo (125,133).

En otros estudios, como el de Tan et al. (137), se encontró el hecho de entender la LVQ como una sobrecarga de tiempo, que también fue mencionada en varias de las entrevistas realizadas en este estudio. Sin embargo, se hace referencia a este sentimiento durante el primer momento de implantación y, es algo que parece cambiar en la actual percepción de los participantes. A pesar de que la LVQ puede percibirse “a priori” como una herramienta para la que falta tiempo, finalmente, se encuentra que son pocos los profesionales que lo piensan realmente o que saben justificarlo. De hecho, Tan et al. encontró que un 78,8% de los participantes (anestesiólogos, cirujanos y enfermeras) lo consideran un instrumento fácil de realizar, para el que no se necesita un tiempo excesivo lo que también sucede en este estudio (136).

La desmotivación o falta de implicación está muy relacionada con la necesidad de desarrollar estrategias que sugieran una evolución, un cambio en las actitudes de los profesionales. Normalmente, estas estrategias mejoran desde el inicio la motivación, pero deben preservarse para que perdure en el tiempo. Este resultado también se encuentra respaldado en otros estudios recientes como el de Ramsay et al. (137).

Una mayor edad como barrera en la utilización de estrategias no se remarcó a priori en el estudio mientras que se ha encontrado en el estudio de Abreu et al. como uno de los aspectos relevantes de la aceptación de la LVQ. Aquellos profesionales más jóvenes, entre 20 y 30 años, obtenían mejores resultados en la cultura de seguridad del paciente (138).

Dentro de los diferentes momentos de implantación también se describen el resto de las barreras descritas en los resultados de este estudio (abandono de proyectos por parte de la dirección o falta de descripción de funciones) pero, se proceden a explicar según la fase de implantación a la que pertenezcan para los participantes.

Análisis de la cultura de seguridad del paciente

En este estudio, tampoco existe constancia de la realización del análisis de la cultura de seguridad del paciente previo. Sin embargo, el análisis de la cultura de seguridad del paciente dentro de los profesionales, a los que van dirigidas las estrategias, sirve como punto de partida o indicador de mejora. Es un elemento esencial para examinar posibles debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades que refuercen el guion en el establecimiento de una implantación planificada y efectiva.(139)

- Estrategias de implantación.

Las estrategias de implantación son las más desarrolladas en todos los estudios a nivel mundial (127), demostrando conseguir una mejora considerable en los niveles de cumplimentación de la LVQ. Sin embargo, no siempre ocurre así. El estudio longitudinal de Verwey et al. se observa un descenso en 8 meses del 83% al 18% del grado de cumplimentación después de la realización de estrategias de implantación que se explica por la falta de continuidad del programa de implantación (131). Este resultado expresa la necesidad de desarrollo de las estrategias de evaluación y de un mantenimiento constante de las estrategias desarrolladas en el programa de implantación.

La adaptación de la LVQ resultó ser una de las estrategias más mencionadas por los participantes. Para los profesionales de este estudio, es una de las más útiles, puesto que evita duplicidades y hace participe a todo el equipo. Ha sido considerada también en otros estudios como un factor clave para fomentar la relación positiva con la LVQ (140,141).

Dentro de la adaptación de la LVQ, una de las mencionadas también en otros estudios como el de Waehle et al. es el caso expreso de la duplicidad que existe en las preguntas

de la LVQ y el cuestionario que es realizado por los anestesiistas en la consulta preoperatoria. Solucionar estos aspectos es clave para fomentar la corresponsabilidad de la LVQ (142).

La formación es otra de las estrategias más mencionadas, lo que coincide también, en la mayoría de los programas de implantación de la LVQ de otros estudios, puesto que es una de las mejor valoradas por los profesionales. En este estudio, se refieren charlas sin especificar el contenido mientras que en otros estudios se habla de sesiones de entrenamiento o casos clínicos. A pesar de esto, en el contexto se observó un déficit en este aspecto considerado esencial como ocurre en el proyecto de implantación de Verwey et al. en el que un 85,9% de los profesionales observó una mayor necesidad de formación (140). Así mismo, la formación permite eliminar la sensación descrita por los profesionales de que la LVQ apareciera de forma abrupta o repentina, otra de las claves de su incorporación a la práctica (134). En este punto, será necesario tener en cuenta tres aspectos clave que justifican la necesidad y garantizan la efectividad de la formación: análisis del conocimiento previo, desarrollo de la formación, análisis de la satisfacción y resultados de la formación.

Los líderes o campeones son una estrategia que puede mejorar el uso de la LVQ según la implicación de los diferentes grupos del equipo interdisciplinar. En este sentido, se identifica una mayor efectividad si los diferentes equipos tienen líderes implicados en torno a la LVQ (140,143).

El hecho de establecer estándares y protocolos es otro de los facilitadores que encontramos en varios testimonios. Dentro de estas estrategias, establecer roles concretos y responsabilizar a los profesionales, haciéndolos partícipes implica reducir los grupos resistentes y evitar el riesgo, altamente perjudicial de que la LVQ se convierta en una lista de cosas completadas de forma inconsciente y sin sentido (41,142). Un ejemplo de programa que involucra a sus profesionales en el proceso de implantación es el Sistema de Salud de Ontario, que promueve un programa interno de aprendizaje de seguridad del paciente, lo que permite establecer un análisis previo, consideración de estrategias y, por último, un análisis de los datos de forma programada (30).

En este sentido, como refiere Soukup et al. el liderazgo de enfermería en el proceso de realización de la LVQ, que se reconoce también en el contexto de estudio, es uno de los factores asociados a su adecuada realización y motivación mejorando indicadores de sentimiento de equipo (144). En este estudio se hace referencia implícita a este aspecto mencionando que enfermería es el perfil profesional más adecuado para coordinar esta LVQ.

Por otro lado, los profesionales de enfermería sí refieren ser líderes que sustentan la realización de la LVQ, en ocasiones, incluso, sin colaboración por parte del resto de profesionales. Este resultado también se observa en otras unidades quirúrgicas (128).

En relación con el facilitador entendido por el apoyo recibido desde la organización, en este estudio se encuentra como una oportunidad de mejora. La percepción de los mandos intermedios en las entrevistas cualitativas sugiere una evolución positiva. Mientras que en los resultados de la encuesta, un 64,3% de las enfermeras del estudio consideran que “la gerencia solo se interesa por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún evento adverso”, considerándolo un dato de baja implicación que también se encuentra en otros estudios (129,145).

En estudios como el de Tostes et al., se encontraron diferencias en el apoyo percibido por parte de los mandos intermedios de cirugía, anestesia y enfermería, pero todos consideraron baja la implicación (134). También en el estudio de Göras et al. se observan las amplias diferencias entre los miembros del equipo y la necesidad de que tanto los altos mandos como los intermedios sean visibles para la implantación de estrategias en seguridad del paciente (145).

La promoción de la LVQ mediante soporte de tecnología, lanyards o publicidad se menciona dentro del estudio, pero no se percibe como una estrategia efectiva o positiva dentro del contexto. Sin embargo, si es considerada, en otros contextos, como una de las opciones más sencillas de usar que pueden beneficiar en la implantación (127).

La aceptación social del grupo o la mejora de la comunicación gracias a la LVQ es uno de los aspectos que también se encuentra reflejado en la literatura. De hecho, en la

mayoría de los estudios supera el 80% la opinión de que sirve para mejorar la comunicación del equipo (119). La mejora de la relación enfermera-cirujano y las habilidades de comunicación dentro del equipo quirúrgico desembocan en un aumento de la calidad y satisfacción percibida por los profesionales y pacientes así como en la cultura de seguridad del paciente (146,147). En algunos estudios se objetiva una diferencia de actitudes dado que la enfermera se encuentra en todo el proceso del paciente en el área quirúrgica, desde que entra hasta que es llevado a su unidad de destino mientras que el cirujano sólo se encuentra en el momento de la intervención (147,148).

La obligatoriedad es un término que puede resultar controvertido, pero se encontró en varias de las entrevistas realizadas a mandos intermedios, como un facilitador. El hecho de que se refleje en el estudio como un facilitador viene de la concepción subjetiva de los entrevistados. En realidad, es un ejemplo de facilitador opuesto a la filosofía propia de la seguridad del paciente que requiere de buscar soluciones, no culpabilizar y concienciar a cada persona para que actúe profesionalmente sobre una base sólida de cultura de seguridad del paciente (138).

- Estrategias de evaluación

El facilitador considerado más importante por los participantes es la necesidad de conocer los resultados e informar cómo está funcionando la LVQ. Lo que se ha denominado difusión de los resultados o feedback. Este facilitador está directamente relacionado con la adherencia y la fidelidad también en otros estudios como el de Cramer et al. (43).

Los profesionales se preguntan como el estudio de Tostes et al. realizado en Brasil: ¿para qué sirve la LVQ? Y si, ¿se está haciendo correctamente? (129) El hecho de que las organizaciones respondan con el uso de instrumentos que validen y estandaricen los resultados de seguridad y calidad intraoperatoria definen la postura de sus profesionales entorno a la seguridad (108,138). Uno de los indicadores más llamativos para los equipos quirúrgicos es la mortalidad. Este indicador debe ser representativo, lo que supone que tiene que ser recogido mediante instrumentos que permitan registrar adecuadamente la relación entre mortalidad e intervención quirúrgica (149).

Se debe realizar una especial mención a “las reuniones periódicas” mencionadas en varias entrevistas, que se consideran una acción dentro del feedback. Los mandos intermedios de este estudio reflejaron la necesidad de una periodicidad. La periodicidad se considera un “gold standard” de la calidad dentro de otros estudios como el de Alsubaie et al., que demuestran que si se realizan con poca frecuencia los eventos se olvidan o se dejan de recordar importantes detalles que sirven para el aprendizaje.(124)

Una vez más, se destaca la necesidad de reforzar la concienciación y permitir la expresión de sugerencias del equipo (119). Las conferencias de morbimortalidad son un ejemplo de acciones que fomentan la concienciación a nivel mundial, aunque no se realizan en el contexto de estudio. Los destinatarios, más habituales, son los cirujanos. En estas reuniones se exploran mediante revisión de indicadores: la disminución de la mortalidad ajustada por edad, mejora de la satisfacción, mejora de la comunicación y sugerencias, identificación de errores comunes, notificación de eventos, complicaciones prevenibles o mejoras de aprendizaje (121,150,151).

Las claves del feedback es el establecimiento de sistemas de notificación de eventos adversos a través canales de comunicación sencillos que registren cuándo y de qué forma han sucedido eventos adversos, de tal forma que seamos capaces de establecer medidas de resolución para que no vuelvan a suceder, y todo ello desde un punto de vista proactivo y no punitivo, dentro de la organización (141). En el análisis de los datos de esta investigación un 52% de los participantes no estaban de acuerdo con que exista facilidad de comunicación de eventos adversos, lo que implica un aspecto de mejora ineludible con respecto a estrategias de registro y fomento de la comunicación por parte de la organización.

La monitorización continua de indicadores, como los establecidos en el programa de cirugía segura promovido por el gobierno, implica una adecuada notificación y permite un feedback que sea comparable dentro del mismo contexto nacional. Algunos estudios han destacado la importancia de contar con el apoyo de los gobiernos para realizar programas estandarizados que permitan un desarrollo pleno de las estrategias de seguridad del paciente lo que implica no solamente a las direcciones de los hospitales sino al conjunto de personas clave (152). Un aspecto destacable de este estudio es que los

participantes sólo hacen referencia al indicador del grado de cumplimentación de la LVQ, lo que sugiere un déficit en el conocimiento de la implicación de los resultados en la seguridad del paciente en el quirófano.

6.1.3 Indicadores de cirugía segura.

Dentro de los indicadores de cirugía segura, en este estudio, se seleccionaron, por conveniencia, los siguientes: grado de cumplimentación de la LVQ, mortalidad postoperatoria y reintervenciones quirúrgicas.

6.1.3.1 Grado de cumplimentación de la LVQ.

La cumplimentación es el indicador más estudiado en torno a la LVQ. En este estudio se observa un progreso hacia la mejora en los niveles de todos los servicios quirúrgicos observados desde el año 2015 al año 2019. Asimismo, este resultado permite relacionar directamente este resultado positivo con la percepción de los profesionales en torno a la cultura de seguridad del paciente. Haynes et al. observó hace 10 años algo que se puede corroborar en este estudio: un aumento de la realización rutinaria de la LVQ, mejora las actitudes relacionadas con la seguridad del paciente y, además, puede producir una reducción significativa de las complicaciones postoperatorias (153).

Aunque, en todos los niveles de cumplimentación se hayan mejorado, existen importantes diferencias en los niveles dentro de los cuatro servicios quirúrgicos evaluados. Estas diferencias son amplias de tal forma que por cada 10 intervenciones en el servicio de cirugía general se realiza la LVQ en 9, mientras que si la intervención pertenece al servicio de urología solamente se realizaría en 5. Como menciona Ribeiro et al. está demostrado que la participación activa de los facultativos mejora directamente los niveles de cumplimentación (125). Esto coincide con lo que encontramos en nuestros hallazgos puesto que, dentro del departamento de cirugía general, se encuentra una predisposición muy positiva en torno al funcionamiento de la LVQ y la necesidad de mejora constante dentro de la seguridad del paciente. Además, es el servicio en el que encontramos niveles

de cumplimentación más altos (>90%) en el año 2019, con una evolución y mejora progresiva desde 2015. Los servicios quirúrgicos con menores porcentajes de cumplimentación, es decir, bajos entre 0-50% de las cirugías, son también aquellos en los que los jefes de servicio no participaron en las entrevistas. Las diferencias que existen entre los propios servicios quirúrgicos en cuanto a la cumplimentación, a pesar de que todos han sufrido una mejora en la cumplimentación en mayor o menor medida, permiten concluir la importancia que tiene mejorar la corresponsabilidad de todos los profesionales del área quirúrgica incluyendo a los mandos intermedios. Al respecto de la importancia de departamentos transversales que forman parte del equipo como anestesia o enfermería, queda demostrado que suelen participar de forma más activa en el proceso de realización como es el caso del estudio de Santana et al. en Brasil, en el que lo aplican el 92,9 y 100% de los anestesiólogos respectivamente en comparación con un 14% de los cirujanos (118).

Roybal et al., en 2018, observó en su estudio niveles de cumplimentación, fidelidad y adherencia para comprobar si se relacionaban. Se describen niveles altos de cumplimentación, un 93,6%, a pesar de que, sólo un 54,7% profesionales confiaba en que fuera efectivo para la seguridad del paciente. Esta diferencia se debía a que lo consideraban una herramienta que mejora la comunicación, pero no el potencial daño al paciente. Esta doble sensación explica los bajos porcentajes de adherencia real: un 83,8% a la entrada, un 79% en la pausa quirúrgica y un 54,5% a la salida (123).

En este sentido, aunque se pueden influir en si mismos la cumplimentación, fidelidad y adherencia siempre se deben analizar por separado. Tanto es así que estos conceptos clave también se encuentran íntimamente relacionados con las barreras y facilitadores del uso de la LVQ.

En este estudio se llevó a cabo el análisis de la cumplimentación en cirugías programadas en las que se había, al menos, iniciado la LVQ, sin tener en cuenta la adherencia. Algunos estudios como el de White et al. demostraron una mejora significativa en niveles de adherencia tras realizar programas de implantación (154). En el presente estudio, no se pudo realizar un análisis propio del número de ítems cumplimentados dentro de la LVQ. A pesar de ello, se considera un aspecto esencial, ya que aún se encuentran amplias diferencias en cuanto a la adherencia a los ítems de la LVQ, tal y como refiere de White

et al. (159) en su estudio posterior, realizado en el año 2020, en el que el grado de adherencia va desde un 30 hasta un 100%, dependiendo del contexto. Otros estudios en contextos paralelos obtuvieron resultados similares (128,160,161).

6.1.3.2 Mortalidad postoperatoria.

El objetivo de todas las organizaciones sanitarias con respecto a la LVQ es conseguir una cumplimentación ideal del 100% dado que se entiende que este nivel de cumplimentación logrará una reducción en la mortalidad y morbilidad causada por eventos adversos evitables en los pacientes intervenidos. En torno a la mortalidad relacionada con procedimientos quirúrgicos solo se han observado descensos con altos niveles de cumplimentación de la LVQ. En este estudio, como en otros, el alto nivel de cumplimentación se considera a partir del 90% y sugiere el mismo resultado que otros estudios como el de Abbott et al. (162).

La mortalidad perioperatoria es uno de los indicadores esenciales de seguridad del paciente quirúrgico dentro de las instituciones. En el año 2018, Ng-Kamstra et al., en la revisión sistemática que llevaron a cabo en países de bajos y medios ingresos, destacan la variabilidad en la definición de mortalidad perioperatoria, como una desventaja para la comparabilidad entre organizaciones (149). Como señalan los autores, algunos estudios describen la mortalidad postoperatoria como aquella que sucede en las 24 horas posteriores a la cirugía, mientras que otros consideran mortalidad postoperatoria aquella que sucede 30 días después de la intervención (163).

Asimismo, la dificultad en la definición del indicador de mortalidad perioperatoria estriba en la necesidad de desarrollar formas adecuadas de registro que permitan relacionar la mortalidad directamente con la intervención quirúrgica. No sólo debemos considerar aquellos pacientes que fallecen y han sido operados, sino también filtrar el motivo de fallecimiento. En 2002, Lama et al. (164) descubrieron que uno de los motivos que dificulta la estandarización y filtración de la mortalidad perioperatoria es el diseño de los estudios, en su mayoría, de carácter retrospectivo.

Por este motivo, la revisión sistemática sobre mortalidad de Ng-Kamstra et al. también encuentra la necesidad de establecer indicadores relacionados con: 1) factores preoperatorios relacionados como el paciente (edad, comorbilidades, o estado de gravedad de la enfermedad) y la institución (transporte prehospitalario, retraso en el acceso, condiciones apropiadas del centro), 2) factores intraoperatorios (urgencia, el procedimiento quirúrgico en sí, el estado del quirófano, la experiencia del anestesista y el cirujano o el tipo de anestesia) (149).

En este estudio, de acuerdo con los datos que se aportaron en el contexto, las tasas de mortalidad contabilizan aquellos pacientes que han sido intervenidos ese mismo año. Una vez más, estas diferencias sugieren la necesidad de establecer criterios científicos y homogéneos de relación entre mortalidad y cirugía, ¿es posible que la infección de un implante provoque la muerte de un paciente incluso 30 días después de su intervención?

- Mortalidad y estrategias de implantación.

En el estudio realizado por Ramsay et al. en Escocia se describen las diferencias relacionadas con los programas de implantación de la LVQ y la mortalidad. En los resultados de esta investigación, el año 2018 es el más proactivo en cuanto a estrategias de implantación percibido por los participantes en las entrevistas. Y, a su vez, durante el año 2018 se observa un descenso del 0,62% de la mortalidad postoperatoria. El resultado de Ramsay et al., concluyendo que los momentos en los que se llevan a cabo estrategias de implantación con respecto a la LVQ provocan un descenso del indicador de mortalidad de hasta un 0,069 (137).

- Mortalidad y grado de cumplimentación.

Los resultados de mortalidad directamente asociada tras una cirugía mayor, de Dell-Kuster et al., en el año 2020, se encuentran en torno a un 0,5-5%, lo que coincide con los resultados de este estudio (110). Las mejoras observadas directamente en el estudio de Wang et al reflejan que tras el aumento de la cumplimentación de la LVQ se observa una reducción de la mortalidad del 0,46% al 0,18% (159). En el área quirúrgica de este estudio la mortalidad ha evolucionado de un 1,5 a 1,19% de 2016 a 2019. Teniendo en cuenta el

aumento que el aumento de las estrategias de seguridad, de la cultura de seguridad del paciente percibida por sus profesionales y de la cumplimentación de la LVQ podríamos establecer beneficios indirectos en la mortalidad.

6.1.3.3 Morbilidad postoperatoria: reintervenciones quirúrgicas.

Se encuentran también resultados variables relacionados con la morbilidad. Las diferencias encontradas en los estudios señalan la importancia de gestionar y analizar los datos de forma concreta y correcta. Como sucede con la mortalidad, la evaluación de indicadores quirúrgicos es extremadamente compleja y se deben establecer criterios como, diferenciar entre tipos de cirugía e incluso servicios quirúrgicos a la hora de medir el impacto de la LVQ e incluir elementos propios del proceso de implantación.

Al menos un 25% de los pacientes que se someten a una intervención quirúrgica sufren alguna complicación. Casi la mitad de los daños asociados a cirugías son evitables, algunas acciones directas como la administración profiláctica de antibiótico o indirectas como la cultura de seguridad del paciente, pueden influir (160).

Dentro de este indicador, se pretende analizar información relacionada con la morbilidad postoperatoria siendo la reintervención quirúrgica una de las causas más habituales.

- Morbilidad postoperatoria y uso de la LVQ.

Wang et al. observaron que la implantación de la LVQ puede mejorar la morbilidad durante los 30 días siguientes a la intervención, de un 16,34% a un 14,33%, considerando morbilidad un concepto que incluye múltiples aspectos como la infección de la incisión quirúrgica. Se observa, además, una mejora visible directa en la reducción de la herida quirúrgica de un 8,46% a 6,62% (159). Sin embargo, también se encuentran estudios como el de Abbott et al. que no encuentran relación entre la morbilidad y la realización de la LVQ (162). En este estudio, no se pueden explicar relaciones directas aunque si se debe mencionar que los altos porcentajes de cumplimentación >90% sí parecen provocar

una reducción del ratio de reintervenciones en cirugías programadas dentro de cada uno de los servicios quirúrgicos.

A pesar de que no se han analizado dentro de este estudio otros aspectos relacionados con la morbilidad se considera relevante mencionar algunos beneficios de la LVQ que se han observado en otros estudios. En el estudio de Haugen et al., se analizaron mejoras y reducción de las transfusiones sanguíneas a los pacientes intervenidos quirúrgicamente, suponiendo una reducción del 40% del coste generado gracias a la adherencia de la LVQ (155).

Otros estudios han demostrado, en pacientes operados de cáncer en cirugía general, disminuir el tiempo de ingreso postoperatorio de media de 11,02 a 9,64 días sin diferencias en eventos relacionados con pérdida de sangre, transfusiones y cargos hospitalarios (156,161).

6.2 Implicaciones para la práctica.

Los resultados de esta tesis refuerzan la necesidad de promover la seguridad del paciente quirúrgico dentro de las instituciones sanitarias y profundizar en investigaciones relacionadas. La LVQ es sólo un ejemplo de una herramienta que sirve para que los profesionales actúen en base a una cultura de seguridad del paciente garantizando una atención de calidad a los pacientes.

Asimismo, es necesario analizar esta seguridad del paciente y sus estrategias de forma individual y concreta, estableciendo las fases descritas en este estudio: pre-implantación, implantación y evaluación. Estas fases, a su vez, se pueden considerar parte de la metodología descrita en la evaluación realista lo que reafirma que el uso de este método para el análisis es idóneo.

Gracias a la profundización concreta en este contexto y con la ayuda de los indicadores propuestos en el programa “cirugía segura” del Ministerio de Sanidad, se pueden establecer unos puntos clave de mejora dentro del área quirúrgica explorada que pueden servir de ejemplo a otras organizaciones, se exponen en la Figura 13.

Figura 13. Acciones de mejora en el contexto quirúrgico de estudio.

Pre-implantación.

Establecer la cultura de seguridad del paciente como un indicador de proceso constante.

Implantación.

Establecer la adherencia como un indicador de proceso básico: valorar el % de ítems cumplimentados dentro de la LVQ.

Establecer el % de LVQ en los que se detectan incidentes durante su utilización que dan lugar a una acción correctora.

Evaluación.

Estandarizar el indicador de mortalidad postoperatoria con Grupos relacionados de diagnóstico (GRD) de tipo quirúrgico y causas de mortalidad derivadas de la intervención.

Establecer criterios de estratificación de la población por grupos de morbilidad ajustados (GMA).

Estandarizar el indicador de ratio de reintervenciones de cirugía programada estableciendo GRD de tipo quirúrgico y causas de reintervención derivadas de la intervención.

Establecer el % de reingresos urgentes tras cirugía programada con GRD de tipo quirúrgico y causas de ingreso derivadas de la intervención

Fuente: Elaboración propia.

6.3 Líneas futuras de investigación.

La mayoría de las líneas futuras de investigación se encuentran relacionadas con las limitaciones encontradas para la realización de este estudio.

Sería necesario observar el cumplimiento nacional sobre los indicadores de resultado que surgen de la LVQ, para fomentar la protocolización de indicadores como la mortalidad, los reingresos o las reintervenciones quirúrgicas. Dentro de estos indicadores también se deberían explorar aspectos relacionados con el coste económico que las consecuencias suponen a las organizaciones y a los propios pacientes. Estos estudios contribuirían a consolidar esta línea de investigación.

Desde las instituciones gubernamentales se debería realizar un seguimiento de los eventos adversos graves y no graves y establecer canales de comunicación sin reproche para conocer de forma más concreta los más frecuentes y evitar ver sólo la punta del iceberg.

Así mismo, sería recomendable establecer programas de implantación con estrategias que se autoevalúen, aportando información sobre las acciones más útiles y su eficiencia con datos que incluyan aspectos tanto cuantitativos como cualitativos que definan aspectos complejos como el “Clima de seguridad del paciente”. Por supuesto, será necesario también realizar avances sobre las cirugías no programadas y urgentes de cara a establecer estrategias de seguridad adaptadas.

Sería especialmente relevante conocer las opiniones de los pacientes con respecto a las estrategias de seguridad del paciente para, como ya se está realizando en otras organizaciones hacer partícipes a los propios pacientes, promoviendo su implicación. De esta forma, los pacientes pueden formar parte de su seguridad.

También se debe considerar desarrollar futuras líneas de investigación para la combinación e instauración de herramientas que guíen las transferencias de los pacientes de una unidad a otra. Un ejemplo es la escala SBAR cuyas letras sirven de guía para la transferencia del paciente entre unidades: situation, background, assessment y recommendation.

6.4 Limitaciones y fortalezas.

La principal limitación de este estudio se encuentra determinada por la variabilidad de registro de los indicadores. La mortalidad postquirúrgica no se encontró por servicios, mientras que si se aportó dividido el indicador reintervenciones quirúrgicas y el grado de cumplimentación.

Otra de las limitaciones tiene que ver con la metodología cualitativa puesto que los resultados de esta investigación están relacionados con el contexto concreto en el que se llevo a cabo el estudio, lo que dificulta la transferencia de los mismos a otros contextos.

La escasez de la muestra de estudio es otra de las limitaciones más importantes. Se encontraron dificultades para la captación de participantes, obteniendo una baja participación de los profesionales del área quirúrgica en la respuesta al cuestionario de cultura de seguridad del paciente. Para este cuestionario las respuestas obtenidas pocas provenían únicamente del equipo de enfermería. Cabe destacar que la recogida de datos de esta fase se encontró con una dificultad adicional, producida por la aparición del COVID19. Esta pandemia no sólo ha afectado a la investigación y su desarrollo temporal, sino también a la recogida de datos puesto que concretamente, el área quirúrgica vio afectada totalmente su funcionalidad. En el hospital en el que se realizó el estudio los quirófanos fueron habilitados como boxes de cuidados intensivos, en los primeros meses de la pandemia y la actividad quirúrgica decayó, quedando relegada casi de manera exclusiva a la cirugía urgente.

Este estudio se ha centrado en los servicios quirúrgicos que comprenden el mayor número de cirugías con ingreso en el hospital de estudio y únicamente en cirugías programadas. El hecho de elegir cirugías programadas con ingreso evita posibles influencias de la propia situación de comorbilidad del paciente para los porcentajes de reintervención o mortalidad. Mientras que, seleccionar deliberadamente los servicios quirúrgicos pueden constituir un sesgo.

Otra posible limitación fue la inexperiencia del investigador con la metodología elegida. La evaluación realista es propia de las Ciencias Sociales y ha requerido de un aprendizaje

autodidacta, aunque cabe destacar la guía en el proceso aportada por la experiencia de las directoras en este ámbito.

Finalmente, dentro del tema escogido, la seguridad del paciente quirúrgico es un tema complejo en el que los datos recogidos a través de entrevistas han podido verse influidos por el hecho de hablar de la propia organización.

En cuanto a las fortalezas del estudio, aunque se han reflejado a lo largo de los diferentes apartados de esta tesis, cabe volver a destacar la que considero la mayor fortaleza, que es su diseño: la evaluación realista. A pesar de que los resultados no pueden generalizarse a otros contextos, este estudio no tenía por objeto la elaboración de una teoría general sino la aportación de una visión holística del problema de investigación permitiendo una combinación de datos de carácter cuantitativo y cualitativo que describen una realidad compleja, contextualizada en el área quirúrgica y que pueden servir de guía a otras organizaciones para analizar sus propias situaciones.

Además, los resultados de esta investigación contribuyen a aumentar el conocimiento desde la perspectiva del análisis de los resultados de la LVQ cambiando el enfoque de estudio sobre este fenómeno. De esta forma supone una descentralización de la atención en la propia LVQ, componiendo un marco complejo dentro del contexto de una intervención concreta.

Finalmente, la experiencia asistencial del investigador, dentro del área quirúrgica ha podido suponer un entendimiento clave para la profundización en el funcionamiento. Mientras que, el hecho de no formar parte ni antes, ni durante la investigación del área quirúrgica de estudio permitió un visión exterior.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES.

Es importante mantener principios de prevención de daño en entornos hospitalarios y en especial en el entorno quirúrgico.

Los resultados de este estudio muestran que la seguridad del paciente es clave dentro de las organizaciones sanitarias.

La seguridad del paciente se debe preservar y afianzar de forma transversal en los organigramas, haciendo partícipes a todos los profesionales que conformen una organización.

Es necesario el compromiso y la responsabilidad de los todos los profesionales para generar un hábito de cultura de seguridad del paciente efectivo. En este sentido, existe una labor esencial no sólo en la implantación de estrategias sino también en su mantenimiento, para que las organizaciones sean su propio garante en cultura de seguridad del paciente.

Los programas de implantación de herramientas de seguridad del paciente efectivo son una guía compleja dentro de las organizaciones. Tanto en el área quirúrgica como fuera de ella de requieren ciertos aspectos esenciales.

Son necesarios los siguientes aspectos de mejora en las organizaciones: una planificación operativa bien categorizada (pre-implantación, implantación y evaluación) y la colaboración de todo el organigrama institucional vinculado.

La monitorización de la cultura de seguridad del paciente se debe entender como un indicador de calidad para entender la corresponsabilidad del equipo multidisciplinar, que puede ser útil para conocer niveles de compromiso y establecer tanto fortalezas como oportunidades centradas en el contexto.

La implantación de estrategias como la LVQ se debe entender como la puesta en marcha de una nueva herramienta dentro de un programa complejo. Sin embargo, en este estudio

se ha evidenciado que los ítems de esta LVQ no constituyen un elemento directo en la mejora de la seguridad del paciente.

El adecuado funcionamiento de una LVQ depende de su contexto previo y actual. Son ejemplos de ello el plan de implantación y los profesionales que deben llevarlo a cabo.

Para entender la LVQ dentro de un contexto, la evaluación realista y los datos cualitativos han aportado a este estudio una evaluación en profundidad sobre los sentimientos y percepciones de los profesionales que confieren, en parte, la realidad de su uso.

El desarrollo de estrategias concretas, dentro del hospital, aumenta la percepción de cultura de seguridad del paciente generalizada, se obtienen mayores niveles de cumplimentación de la LVQ y disminuyen tanto el porcentaje de mortalidad como el de reintervenciones quirúrgicas, dentro del periodo observado.

En el contexto de estudio desde el año 2016 al 2019 se llevaron a cabo diferentes estrategias, sin embargo, se han obtenido los primeros niveles altos de cumplimentación tras el último momento llevado a cabo en 2019. El 2019 fue el año que más estrategias se llevaron a cabo, lo que pone de manifiesto que un adecuado programa de implantación es favorable para el uso efectivo de la LVQ.

En la realización de este trabajo se incluyen las opiniones, percepciones y sentimientos de los mandos intermedios del área quirúrgica gracias a lo que se ha podido desarrollar un mapa de funcionamiento del comportamiento del contexto concreto del área quirúrgica. De hecho, comparando los mandos intermedios de los departamentos escogidos y los resultados cuantitativos podemos concluir que todas las variables de este estudio se encuentran relacionadas.

La participación en las entrevistas sobre seguridad del paciente por parte de los mandos intermedios se relaciona con los mayores niveles de cumplimentación. Los hallazgos sugieren que el compromiso predispone a una mayor cultura de seguridad del paciente, que se ve reflejado en los resultados tanto para la organización como para los pacientes.

Es pertinente y necesario establecer criterios en indicadores de seguridad del paciente quirúrgico basados en la evidencia.

La monitorización de indicadores tiene como fin principal establecer un feedback que sirve como estrategia para la motivación y formación de los profesionales y que permite establecer un ciclo de mejora continua de la seguridad del paciente particular y general. Además, establecer criterios comunes permite una comparabilidad con otras organizaciones similares.

Dentro de las políticas de salud y la realización de este trabajo, no se puede concluir sin destacar el papel de enfermería. La enfermería se encuentra, dentro del organigrama, en un lugar privilegiado para mejorar la seguridad del paciente. Los profesionales deben asumir el liderazgo que les permiten sus competencias profesionales.

Concretamente, el personal de enfermería quirúrgico se encuentra en todas las etapas perioperatorias del paciente y entra en contacto con los diferentes miembros del equipo multidisciplinar lo que le confiere un conocimiento del contexto global que es enriquecedor en los equipos responsables de la implantación de programas.

REFERENCIAS

REFERENCIAS.

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Alianza mundial para la seguridad del paciente. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente. La cirugía segura salva vidas*. Suiza; 2008.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005*. Madrid; 2006. p. 170.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud*. Madrid; 2008.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Alianza mundial para la seguridad del paciente. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente. La cirugía segura salva vidas*. Suiza; 2008.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía: la cirugía segura salva vidas*. 2009. p. 20.
6. Haugen AS, Sevdalis N, Søfteland E. *Impact of the World Health Organization Surgical Safety Checklist on Patient Safety*. *Anesthesiology*. 2019;131(2):420–5.
7. Oak S, Dave N, Garasia M, Parelkar S. *Surgical checklist application and its impact on patient safety in pediatric surgery*. *J Postgrad Med*. 2015;61(2):92–4.
8. Pugel A, Simianu V, Flum D, Patchen Dellinger E. *Use of the Surgical Safety Checklist to Improve Communication and Reduce Complications*. *J Infect Public Health*. 2015;8(3):219–25.
9. Grau M. *Utilidad de los listados de verificación quirúrgica: efecto sobre las relacionaes y comunicación en el equipo de trabajo, la morbi-mortalidad y la seguridad del paciente*. *Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2015.
10. Bermejo M, Cuervo L, Fernández B, González M, Jiménez P, Martínez M, et al. *Prácticas seguras en el acto quirúrgico y los procedimientos de riesgo. Listado de verificación*. Dirección General de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, editor. 2010. 2010. 18 p.
11. Ramos A, de Anton R, Delor SM, Fraiz V, Arribalzaga E, Sarotto L. *COVID-19: nueva lista de verificación de cirugía segura*. *Journal of Negative and No Positive Results*. 2020;5(7):721–5.

12. Instituto Nacional de Estadística. *Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero. 2020.*
13. Institut Borja de Bioètica. Universidad Ramón Llull. *Principios de ética biomédica, de Tom L Beauchamp y James F. Childress. Bioética&debat. 2011;17(64):1–5.*
14. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System.* Kohn LT, Corrigan JM DM, editor. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
15. Osterweil LJ, Science C, Conboy HM, Science C, Clarke LA, Science C, et al. *Process-Model-Driven Guidance to Reduce Surgical Procedure Errors: An Expert Opinion. Semin Thorac Cardiovasc Surg. 19AD;31(3):453–7.*
16. Tomás S, Gimena I. *La seguridad del paciente en urgencias y emergencias. An Sist Sanit Navar An Sist Sanit Navar. 2010;33(Supl I):131–48.*
17. Rocco C, Garrido A. *Patient safety and safety culture. Rev Med condes. 2017;28(5):785–95.*
18. Sine DM, Paull D. *Where should patient safety be installed? Journal of healthcare risk management : the journal of the American Society for Healthcare Risk Management. 2018;37(3):14–7.*
19. Panattieri N, Dackiewicz N, Arpi L, Godio C, Andión E, Negrette C, et al. *Consenso: seguridad del paciente y las metas internacionales. Arch Argent Pediatr. 2019;117(6):277–309.*
20. World Health Organization (WHO). *Más que palabras. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. WHO. 2009. p. 1–160.*
21. Bascuñan M, Arriagada A. *Comunicación de errores médicos a pacientes y familiares: Interrogantes y herramientas. Rev Med Chile. 2016;144(9):1185–90.*
22. Jha AK, Prasopa-Plaizier N, Larizgoitia I, Bates DW. *Patient safety research: An overview of the global evidence. Quality and Safety in Health Care. 2010;19(1):42–7.*
23. Reyes Revuelta J, Bermúdez Mingorance M. *Conceptos básicos sobre seguridad clínica: definición e importancia del problema. Revista Enfermería del Trabajo. 2011;1(4):221–8.*
24. Siman AG, Braga LM, Amaro M de OF, Brito MJM. *Practice challenges in patient safety. Revista brasileira de enfermagem. 2019;72(6):1504–11.*

25. Lotfi Z, Atashzadeh-Shoorideh F, Mohtashami J, Nasiri M. Relationship between ethical leadership and organisational commitment of nurses with perception of patient safety culture. *Journal of Nursing Management*. 2018;26(6):726–34.
26. Muiño Míguez A, Jiménez Muñoz AB, Pinilla Llorente B, Durán García ME, Cabrera Aguilar FJ, Rodríguez Pérez MP. Seguridad del paciente. *An de Medicina Interna*. 2007;24(12):602–6.
27. Mira JJ, Cho M, Montserrat D, Rodríguez J, Santacruz J. Elementos clave en la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos hospitalarios en América Latina. *Revi Panam Salud Pública*. 2013;33(1):1–7.
28. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Incidentes de seguridad notificados en 2018. 2018;3–20. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2020/01/sinasp/sinasp-2018.pdf>
29. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000;320(768).
30. Ontario Health Quality. Patient safety learning systems: A systematic review and qualitative synthesis. *Ontario Health Technology Assessment Series*. 2017;17(3):1–23.
31. Jefatura del Estado. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Última modificación 30 Marzo 2021. *Boletín Oficial del Estado (BOE)* 2003.
32. Jefatura del Estado. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado (BOE)*. 1986;(núm. 102, de 29 de abril de 1986):1–24.
33. Ministerio de Sanidad Política social e igualdad. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud. Vol. 17. 2010.
34. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de salud. 2016.
35. Sanchez F, Abellan JM. Gestión pública y gestión privada de servicios sanitarios públicos: más allá del ruido y la furia, una comparación internacional Fernando. *Rev chil psicoanal*. 2013;177–82.
36. Pérez Cantó V, Maciá Soler ML, González Chordá VM. Satisfacción de los usuarios en 2 hospitales con diferente modelo de gestión. Vol. 33, *Journal of Healthcare Quality Research*. 2018. p. 334–42.

37. Escudero JJE. Nuevos modelos de gestión. Una visión retrospectiva. *Arbor*. 2001;170(670):325–38.
38. Franco Miguel JL, Fullana Belda C. Influencia de los modelos de gestión basados en la colaboración público-privada en la eficiencia técnica e investigadora de los hospitales del sistema sanitario público. *Revista: Revista de Contabilidad - Spanish Accounting Review*, Periodo: 6, Volumen: , Número: , Página inicial: 1, Página final: 32. 2019;23(1):50–63.
39. Limón-Ramírez R, García-Rubio J, Miralles-Bueno JJ, Eleanor-Cano I, Vélez-Morales E, Domínguez-Escobar JF, et al. Estudio de eventos adversos en sanidad privada. Proyecto Confianza de seguridad del paciente. *Revista de Calidad Asistencial*. 2012;27(3):139–45.
40. da Silva Gama Z, de Souza Oliveira AC, aturno Hernández PJ. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cad Saúde Publica*. 2013;29(2):283–93.
41. Batista J, Cruz ED de A, Alpendre FT, da Rocha DJM, Brandão MB, Maziero ECS. Prevalence and avoidability of surgical adverse events in a teaching hospital in Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2019;27.
42. Pérez Zapata AI, Gutiérrez Samaniego M, Rodríguez Cuéllar E, Gómez de la Cámara A, Ruiz López P. Comparación de la herramienta Trigger con el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) para la detección de eventos adversos en cirugía general. *Revista de Calidad Asistencial*. 2017;32(4):209–14.
43. Cramer JD, Balakrishnan K, Roy S, David Chang CW, Boss EF, Brereton JM, et al. Intraoperative Sentinel Events in the Era of Surgical Safety Checklists: Results of a National Survey. *OTO Open*. 2020;4(4):2473974X2097573.
44. Moreno Alemán J. Seguridad del paciente en el área quirúrgica: aspectos jurídicos positivos de la implantación del checklist o lista de verificación quirúrgica. *Revista CESCO de Derecho de Consumo*. 2013;8:162181.
45. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, Asociación Española de Cirujanos (AEC). Programa de cirugía segura del sistema nacional de salud: protocolo. Programa De Cirugía Segura.
46. Jefatura del Estado. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud [Internet]. BOE-A-2003-23101 2003 p. núm. 301, 17 de diciembre 2003. Available from: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-23101-consolidado.pdf>

47. Jefatura del Estado. Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero. *Boletín Oficial del Estado (BOE)*, 281 2002 p. 1–79.
48. Arimany-Manso J, Rodríguez LA, Benet-Travé J, Martín-Fumadó C, Villagrasa RB, Fuz F, et al. Claims for wrong site surgery (1986-2017). *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2018;41(2):205–9.
49. Jefatura del Estado. Ley 30/1992 del régimen Jurídico de las Administraciones públicas y del Procedimiento Administrativo Común. 1992.
50. Martín Delgado M, Cabré Pericas L. Aspectos éticos y legales sobre la seguridad del paciente. *Revista de bioética y derecho*. 2009;15:6–14.
51. *Boletín Oficial del Estado (BOE)*. Orden SSI/81/2017 de 19 enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*. 2017;(num 31, 6 de febrero de 2017, Sec III):8277.
52. World Health Organization. *Safe surgery, Safe lives*. 2008.
53. Gutierrez L de S, Santos JLG Dos, Peiter CC, Menegon FHA, Sebold LF, Erdmann AL. Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. *Revista brasileira de enfermagem*. 2018;71(1):2775–82.
54. Celma Vicente M, Martín Cebriá C, Cano Gómez M, Casanova Forner M. Seguridad del paciente en el quirófano. *Rev ROL*. 2012;35(5):342–50.
55. Lingard L. Evaluation of a Preoperative Checklist and Team Briefing Among Surgeons, Nurses, and Anesthesiologists to Reduce Failures in Communication. *Archives of Surgery*. 2008 Jan 1;143(1):12.
56. Patel J, Ahmed K, Guru KA, Khan F, Marsh H, Shamim Khan M, et al. An overview of the use and implementation of checklists in surgical specialities – A systematic review. *International Journal of Surgery*. 2014 Dec;12(12):1317–23.
57. Treadwell JR, Lucas S, Tsou AY. Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. *BMJ Quality & Safety*. 2014 Apr;23(4):299–318.
58. Fourcade A, Blache JL, Grenier C, Bourgain JL, Minvielle E. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *BMJ Quality and Safety*. 2012;21(3):191–7.
59. Russ SJ, Sevdalis N, Moorthy K, Mayer EK, Rout S, Caris J, et al. Qualitative Evaluation of the Barriers and Facilitators Toward Implementation of the WHO Surgical Safety Checklist Across Hospitals in England. *Annals of surgery*. 2014 Jan;00(00):81–91.

60. Bergs J, Lambrechts F, Simons P. Barriers and facilitators related to the implementation of surgical safety checklists: a systematic review of the qualitative evidence. *BMJ Quality & Safety*. 2015;24:776–86.
61. Gillespie BM, Marshall A. Implementation of safety checklists in surgery: a realist synthesis of evidence. *Implementation Science*. 2015 Dec 28;10(1):137.
62. Gillespie BM, Kang E, Harbeck E, Hons B, Nikolic K, Fairweather N, et al. Evaluation of a Brief Team Training Intervention in Surgery: A Mixed-Methods Study. *Association of Registered Nurses*. 2017;106(6):513–22.
63. May C, Finch T. Implementing, embedding, and integrating practices: An outline of normalization process theory. *Sociology*. 2009;43(3):535–54.
64. Braithwaite J. The essence of responsive regulation. *HeinOnline [Internet]*. 2011;44(476–520). Disponible en:
https://www.anu.edu.au/fellows/jbraithwaite/_documents/Articles/essence_responsive_regulation.pdf
65. Wensing M, Bosch M, Grol R. Developing and selecting interventions for translating knowledge to action. *Cmaj*. 2010;182(2):85–8.
66. Raes E. Team's Anatomy Exploring change in teams. *faculty of psychology and educational sciences*. 2015.
67. de Oliveira Junior N, de Magalhães A, José N, Junior DO, Maria A, Magalhães M De. Dificultades en la aplicación del checklist quirúrgico: estudio cualitativo de abordaje ecológico restaurativo. *Online Braz J Nurs*. 2017;16(4):448–59.
68. Nilsson L, Lindberget O, Gupta A, Vegfors M. Implementing a pre-operative checklist to increase patient safety: A 1-year follow-up of personnel attitudes. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2010 Feb;54(2):176–82.
69. Rönnberg L, Nilsson U, Linda R. Swedish Nurse Anesthetists' Experiences of the WHO Surgical Safety Checklist. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*. 2015 Dec 1;30(6):468–75.
70. Moreno Alemán J. Seguridad del paciente en el área quirúrgica: aspectos jurídicos positivos de la implantación del checklist o lista de verificación quirúrgica. *Revista CESCO de Derecho de Consumo*. 2013;8:162181.
71. Verdaasdonk E, Stassen L, Widhiasmara P, Dankelman J. Requirements for the design and implementation of checklists for surgical processes. *Surg Endosc*. 2009 Apr 18;23(4):715–29.

72. Cos-díez Z De, Puente-ruiz M, Martín-martín Y, González-izquierdo MT, Martínez-gimeno L, García-carretero R. *Implantación del listado de verificación de seguridad quirúrgica en un hospital comarcal. Metas enferm.* 2018;21(9)(9):57–62.
73. Vázquez-González A, Luque-Ramírez J, del Nozal-Nalda M, Barroso-Gutierrez C, Román-Fuentes M, Vilaplana-Garcia A. *Efectividad de una intervención para mejorar la cumplimentación del listado de verificación de seguridad quirúrgica en un hospital de tercer nivel. Revista de Calidad Asistencial.* 2016 Jun;31:24–8.
74. White MC, Baxter LS, Close KL, Ravelojaona VA, Rakotoarison HN, Bruno E, et al. *Evaluation of a countrywide implementation of the world health organisation surgical safety checklist in Madagascar. Haynes A, editor. PloS one.* 2018 Feb 5;13(2):e0191849.
75. Lilaonitkul M, Kwikiriza A, Ttendo S, Kiwanuka J, Munyarungero E, Walker IA, et al. *Implementation of the WHO Surgical Safety Checklist and surgical swab and instrument counts at a regional referral hospital in Uganda – a quality improvement project. Anaesthesia.* 2015 Dec;70(12):1345–55.
76. Gillespie BM, Hamilton K, Ball D, Lavin J, Gardiner T, Withers TK, et al. *Unlocking the “black box” of practice improvement strategies to implement surgical safety checklists: A process evaluation. Journal of Multidisciplinary Healthcare.* 2017;10:157–66.
77. García-París J, Coheña-Jiménez M, Montaña-Jiménez P, Córdoba-Fernández A. *Implementation of the WHO “Safe Surgery Saves Lives” checklist in a podiatric surgery unit in Spain: a single-center retrospective observational study. Patient Safety in Surgery.* 2015 Dec 28;9(1):29.
78. Reed S, Ganyani R, King R, Pandit M. *Does a novel method of delivering the safe surgical checklist improve compliance? A closed loop audit. International journal of surgery (London, England).* 2016 Aug;32:99–108.
79. Rhee AJ, Valentin-Salgado Y, Eshak D, Feldman D, Kischak P, Reich DL, et al. *Team Training in the Perioperative Arena: A Methodology for Implementation and Auditing Behavior. American journal of medical quality.* 2017 Jul 10;32(4):369–75.
80. Rakoff D, Akella K, Guruvegowda C, Chhajwani S, Seshadri S, Sola S. *Improved Compliance and Comprehension of a Surgical Safety Checklist With Customized*

- Versus Standard Training: A Randomized Trial. Journal of Patient Safety. 2018;14(3):138–42.*
81. Dubois H, Schmidt PT, Creutzfeldt J, Bergenmar M. Person-centered endoscopy safety checklist: Development, implementation, and evaluation. *World J Gastroenterol.* 2017 Dec 28;23(48):8605–14.
82. White MC, Peterschmidt J, Callahan J, Fitzgerald JE, Close KL. Interval follow up of a 4-day pilot program to implement the WHO surgical safety checklist at a Congolese hospital. *Globalization and Health.* 2017 Dec 29;13(1):42.
83. Sendlhofer G, Mosbacher N, Karina L, Kober B, Jantscher L, Berghold A, et al. Implementation of a Surgical Safety Checklist: Interventions to Optimize the Process and Hints to Increase Compliance. *PLOS ONE.* 2015 Apr 1;10(4):1–14.
84. Putnam LR, Levy SM, Sajid M, Dubuisson DA, Rogers NB, Kao LS, et al. Multifaceted interventions improve adherence to the surgical checklist. *Surgery.* 2013 Aug;156(2):336–44.
85. Menéndez Fraga M, Cueva Álvarez M, Franco Castellanos M, Fernández Moral V, Castro del Río M, Arias Pérez J, et al. Cumplimiento del listado de verificación quirúrgica y los eventos quirúrgicos detectados mediante la herramienta del Global Trigger Tool. *Rev Calid Asist.* 2016 Jun;31:23–6.
86. Secanell M, Orrego C, Vila M, Vallverdú H, Mora N, Oller A, et al. Implementación de un listado de verificación de prácticas seguras en cirugía: experiencia de la fase inicial de la puesta en marcha de un proyecto colaborativo en hospitales de Catalunya. *Medicina clinica.* 2014 Jul;143 Suppl:17–24.
87. Cabral RA, Eggenberger T, Keller K, Gallison BS, Newman D. Use of a Surgical Safety Checklist to Improve Team Communication. *AORN Journal.* 2016;104(3):206–16.
88. Parra JD. Introducción a La evaluación realista y sus métodos: ¿qué funciona, para quién, en qué aspectos, hasta qué punto, en qué contexto y cómo? *Economía & Región.* 11(2):11–44.
89. Dossou JP, Marchal B. Evaluación realista.: El ejemplo de la adopción de una política de salud pública en Benín. Éditions s. En *Evaluación de las intervenciones sanitarias en salud global. Métodos avanzados. Bajo la dirección de Valéry Ridde y Christian Dagenais.* Québec; 2020. 481–510 p.

90. Quintans JR, Yonekura T, Trapé CA, Soares CB. Evaluación realista para programas y servicios en el área de la salud: una revisión integradora de la literatura teórico-metodológica. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020;28:e3255.
91. Villalbí JR, Tresserras R. Evaluación de políticas y planes de salud. *Gaceta Sanitaria*. 2011;25(Supl 1):17–24.
92. Pawson R, Tilley N. *Realistic evaluation*. London: Sage; 1997.
93. Pawson R, Tilley N. *Realistic Evaluation : An Overview*. *The British Journal of Sociology*. 2000;49(January 2000):331.
94. Maben J, Taylor C, Dawson J, Leamy M, McCarthy I, Reynolds E, et al. A realist informed mixed-methods evaluation of Schwartz Center Rounds® in England. *Health Services and Delivery Research*. 2018;6(37):1–260.
95. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. In: Ediciones Morata SL, editor. Colección: Educación crítica. Traducción. 2004. p. 89–110.
96. Adams WC. Conducting Semi-Structured Interviews. *Handbook of Practical Program Evaluation: Fourth Edition*. 2015;(August):492–505.
97. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuestionario sobre seguridad del los pacientes: versión española del Hospital Survey on patient Safety. Madrid; 2005.
98. Agency for HealthCare Research and Quality. Surveys on Patient Safety Culture (SOPS) [Internet]. 2004. Available from: <https://www.ahrq.gov/sops/index.html>
99. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77–101.
100. Carman JM, Shortell SM, Foster RW et al. Keys for successful implementation of total quality management in hospitals. *Health Care Manage Rev*. 2010;35(4):283–93.
101. Social M de S y P. Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. 2009.
102. Wong G, Westhorp G, Manzano A, Greenhalgh J, Jagosh J, Greenhalgh T. RAMESES II reporting standards for realist evaluations. *BMC Medicine*. 2016;14(1):1–18.
103. Mella Laborde M, Gea Velázquez M, Aranaz Andrés J, Ramos Forner G, Compañ Rosique A. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Gaceta Sanitaria*. 2018;1(1):1–11.

104. Dirección general de atención sanitaria y calidad SESCAM. Manual de instrucciones para el uso del listado de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS. 2013. p. 1–21.
105. Pérez Zapata J, Cortés Ramírez J. Barreras para el aprendizaje organizacional: Estudio de casos. *Pensamiento & gestión*. 2007;(22).
106. Ministerio de Sanidad servicios sociales e igualdad. Programa de cirugía segura del sistema nacional de salud. Anexo 2. Indicadores de la estrategia cirugía segura. Madrid; 2009.
107. Cárdenas M, Arancibia H. Potencia Estadística Y Cálculo Del Tamaño Del Efecto En $G * Power$: Complementos a Las Pruebas De Significación Estadística Y Su Aplicación En Psicología *Statistical Power and Effect Size Calculating in $G * Power$: Complementary Analysis of Statistical Si. Salud y Sociedad*. 2014;5(2):210–24.
108. Schwendimann R, Blatter C, Lüthy M, Mohr G, Girard T, Batzer S, et al. Adherence to the WHO surgical safety checklist: An observational study in a Swiss academic center. *Patient Safety in Surgery*. 2019;13(1):4–9.
109. Silva PHA, Conde MBC, Martinasso PF, Maltempi RP, Jacon JC. Safe surgery: Analysis of physicians' adherence to protocols, and its potential impact on patient safety. *Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgioes*. 2020;47:e20202429.
110. Dell-Kuster S, Gomes N V., Gawria L, Aghlmandi S, Aduse-Poku M, Bissett I, et al. Prospective validation of classification of intraoperative adverse events (ClassIntra): international, multicentre cohort study. *The BMJ*. 2020;370:1–11.
111. Tola Torres J, Briones Olvera J, Grunauer Rumbea F, Zambrano García J. Seguridad del paciente en procesos quirúrgicos. *RECIAMUC*. 2020;4(3):90–8.
112. Panesar SS, Carson-Stevens A, Mann BS, Bhandari M, Madhok R. Mortality as an indicator of patient safety in orthopaedics: Lessons from qualitative analysis of a database of medical errors. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2012;13.
113. García Dieguez M, Ocampo A, Cragno A, Gallardo F, Lamponi Tappatá L, Gazzoni C, et al. Estudio cualitativo sobre la percepción de seguridad de los pacientes en dos hospitales de Bahía Blanca. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2015;6(23):15–20.
114. Plaza MJM, Hueso FJC, Blasco MC, Benbrahim NF. Evolution of the culture of patient safety in a medium-long stay hospital: follow-up indicators. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2017;40(1):43–56.

115. Odell D, Quinn C, Matulewicz R, Jonson J, Engelhardt K, Stulberg J, et al. Association between hospital safety culture and surgical outcomes in a Statewide surgical quality improvement collaborative. *J Am Coll Surg*. 2019;229(2):175–83.
116. Olds DM, Aiken LH, Cimiotti JP, Lake ET. Association of nurse work environment and safety climate on patient mortality: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 2017;74(June):155–61.
117. Freundlich RE, Bulka CM, Wanderer JP, Rothman BS, Sandberg WS, Ehrenfeld JM. Prospective Investigation of the Operating Room Time-Out Process. *Anesth Analg*. 2021;130(3):725–9.
118. Santana HT, Rodrigues MCS, Do Socorro Nantua Evangelista M. Surgical teams' attitudes and opinions towards the safety of surgical procedures in public hospitals in the Brazilian Federal District. *BMC Research Notes*. 2016;9(1):1–9.
119. Tan J, Ngwayi JRM, Ding Z, Zhou Y, Li M, Chen Y, et al. Attitudes and compliance with the WHO surgical safety checklist: a survey among surgeons and operating room staff in 138 hospitals in China. *Patient Safety in Surgery*. 2021;15(1):1–12.
120. Papaconstantinou HT, Jo CH, Reznik SI, Smythe WR, Wehbe-Janek H. Implementation of a surgical safety checklist: Impact on surgical team perspectives. *Ochsner Journal*. 2013;13(3):299–309.
121. Alsalem G, Bowie P, Morrison J. Assessing safety climate in acute hospital settings: A systematic review of the adequacy of the psychometric properties of survey measurement tools. *BMC Health Services Research*. 2018;18(1):1–14.
122. Azyabi A, Karwowski W, Davahli M. Assessing patient safety culture in hospital settings. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;
123. Stoyanova R, Dimova R, Tarnovska M, Boeva T, Dimov R, Doykov I. Comparing patient safety culture in Bulgarian, Croatian and American hospitals - preliminary results. *Medicine and Pharmacy Reports*. 2019;92(3):265–70.
124. Alsubaie H, Goldenberg M, Grantcharov T. Quantifying recall bias in surgical safety: A need for a modern approach to morbidity and mortality reviews. *Canadian Journal of Surgery*. 2019;62(1):39–43.
125. Haugen AS, Sevdalis N, Søfteland E. Impact of the World Health Organization Surgical Safety Checklist on Patient Safety. *Anesthesiology*. 2019;131(2):420–5.
126. Roybal J, Tsao K, Rangel S, Ottosen M, Skarda D, Berman L. Surgical Safety Checklists in Children's Surgery: Surgeons' Attitudes and Review of the Literature. *Pediatric Quality & Safety*. 2018;3(5):e108.

127. *Alpendre FT, Cruz ED de A, Dyniewicz AM, Mantovani M de F, E Silva AEBDC, Dos Santos G de S. Safe surgery: validation of pre and postoperative checklist. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2017;25.*
128. *Ribeiro L, Fernandes GC, de Souza EG, Souto LC, Dos Santos ASP, Bastos RR. Safe surgery checklist: Filling adherence, inconsistencies, and challenges. Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgioes. 2019;46(5):1–12.*
129. *Haugen AS, Søfteland E, Eide GE, Sevdalis N, Vincent CA, Nortvedt MW, et al. Impact of the World Health Organization's Surgical Safety Checklist on safety culture in the operating theatre: a controlled intervention study. British journal of anaesthesia. 2013 May;110(5):807–15.*
130. *White MC, Daya L, Brice Karel FK, White G, Abid S, Fitzgerald A, et al. Using the knowledge to action framework to describe a nationwide implementation of the WHO surgical safety checklist in Cameroon. Anesthesia and Analgesia. 2020;130(5):1425–34.*
131. *Verwey S, Gopalan PD. An investigation of barriers to the use of the world health organization surgical safety checklist in theatres. South African Medical Journal. 2018;108(4):336–41.*
132. *Tostes MF do P, Galvão CM. Implementation process of the Surgical Safety Checklist: integrative review. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2019;27(0).*
133. *Dharampal N, Cameron C, Dixon E, Ghali W, Quan ML. Attitudes and beliefs about the surgical safety checklist: Just another tick box? Canadian Journal of Surgery. 2016;59(4):268–75.*
134. *Zingiryan A, Paruch JL, Osler TM, Hyman NH. Implementation of the surgical safety checklist at a tertiary academic center: Impact on safety culture and patient outcomes. American Journal of Surgery. 2017;214(2):193–7.*
135. *Berman L, Rangel S, Tsao K. Pediatric Surgeon Perceptions of Participation in External Patient Safety Programs: impact on Patient Safety. Pediatric Quality & Safety. 2018;3(6):e124.*
136. *Gillespie BM, Harbeck E, Lavin J, Gardiner T, Withers TK, Marshall AP. Using normalisation process theory to evaluate the implementation of a complex intervention to embed the surgical safety checklist. BMC Health Services Research. 2018;18(1):1–11.*

137. Tostes MF do P, Galvão CM. *Surgical safety checklist: benefits, facilitators, and barriers in the nurses' perspective. Revista gaucha de enfermagem.* 2019;40(spe):e20180180.
138. Elliott RW, Muirhead L. *Nursing Academia: Finding the Silver Lining in the Midst of a Pandemic. ABNF Journal.* 2020;31(3):78–9.
139. Tan J, Ngwayi JRM, Ding Z, Zhou Y, Li M, Chen Y, et al. *Attitudes and compliance with the WHO surgical safety checklist: a survey among surgeons and operating room staff in 138 hospitals in China. Patient Safety in Surgery.* 2021;15(3):1–12.
140. Tan J, Ngwayi JRM, Ding Z, Zhou Y, Li M, Chen Y, et al. *Attitudes and compliance with the WHO surgical safety checklist: a survey among surgeons and operating room staff in 138 hospitals in China. Patient Safety in Surgery.* 2021;15(1):1–12.
141. Ramsay G, Haynes AB, Lipsitz SR, Solsky I, Leitch J, Gawande AA, et al. *Reducing surgical mortality in Scotland by use of the WHO Surgical Safety Checklist. British Journal of Surgery.* 2019;106(8):1005–11.
142. Abreu IM de, Rocha RC, Avelino FVSD, Guimarães DBO, Nogueira LT, Madeira MZ de A. *Patient safety culture at a surgical center: the nursing perception. Revista gaucha de enfermagem.* 2019;40(spe):e20180198.
143. Bahar S, Önler E. *Turkish Surgical Nurses' Attitudes Related to Patient Safety: A Questionnaire Study. Nigerian Journal of Clinical Practice.* 2020;23:470–5.
144. Röhsig V, Maestri RN, Parrini Mutlaq MF, Brenner de Souza A, Seabra A, Farias ER, et al. *Quality improvement strategy to enhance compliance with the World Health Organization Surgical Safety Checklist in a large hospital: Quality improvement study: Enhancing Surgical Safety Checklist compliance. Annals of Medicine and Surgery.* 2020;55(January):19–23.
145. Haugen AS, Sjøfteland E, Sevdalis N, Eide GE, Nortvedt MW, Vincent C, et al. *Impact of the Norwegian National Patient Safety Program on implementation of the WHO Surgical Safety Checklist and on perioperative safety culture. BMJ Open Quality.* 2020;9(3):1–9.
146. Wæhle HV, Haugen AS, Wiig S, Sjøfteland E, Sevdalis N, Harthug S. *How does the WHO Surgical Safety Checklist fit with existing perioperative risk management strategies? An ethnographic study across surgical specialties. BMC Health Services Research.* 2020;20(1):1–11.

147. Gadjradj PS, Harhangi BS. *Safety Culture and Attitudes Among Spine Professionals: Results of an International Survey*. *Global Spine Journal*. 2019;9(6):642–9.
148. Soukup T, Lamb BW, Arora S, Darzi A, Sevdalis N, Green JSA. *Successful strategies in implementing a multidisciplinary team working in the care of patients with cancer: An overview and synthesis of the available literature*. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2018;11:49–61.
149. Göras C, Unbeck M, Nilsson U, Ehrenberg A. *Interprofessional team assessments of the patient safety climate in Swedish operating rooms: A cross-sectional survey*. *BMJ Open*. 2017;7(9):1–8.
150. Ghahramanian A, Rezaei T, Abdullahzadeh F, Sheikhalipour Z, Dianat I. *Quality of healthcare services and its relationship with patient safety culture and nurse-physician professional communication*. *Health Promotion Perspectives*. 2017;7(3):168–74.
151. Kwon E, Kim YW, Kim SW, Jeon S, Lee E, Kang HY, et al. *A comparative study on patient safety attitude between nurses and doctors in operating rooms*. *Journal of International Medical Research*. 2019;48(4).
152. Batista J, Cruz ED de A, Alpendre FT, Paixão DP da SS da, Gaspari AP, Mauricio AB. *Safety culture and communication about surgical errors from the perspective of the health team*. *Revista gaucha de enfermagem*. 2019;40(spe):e20180192.
153. Ng-Kamstra JS, Arya S, Greenberg SLM, Kotagal M, Arsenault C, Ljungman D, et al. *Perioperative mortality rates in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis*. *BMJ Global Health*. 2018;3(3).
154. Slater N, Sekhon P, Bradley N, Shariff F, Bedford J, Wong H, et al. *Morbidity and mortality conferences in general surgery: a narrative systematic review*. *Canadian Journal of Surgery*. 2020;63(3):E211–22.
155. Mitchell EL, Lee DY, Arora S, Kwong KL, Liem TK, Landry GL, et al. *SBAR M&M: A feasible, reliable, and valid tool to assess the quality of, surgical morbidity and mortality conference presentations*. *American Journal of Surgery*. 2012;203(1):26–31.
156. Storesund A, Haugen AS, Flaatten H, Nortvedt MW, Eide GE, Boermeester MA, et al. *Clinical Efficacy of Combined Surgical Patient Safety System and the World Health Organization's Checklists in Surgery: A Nonrandomized Clinical Trial*. *JAMA Surgery*. 2020;155(7):562–70.

157. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger EP, et al. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *BMJ Quality and Safety*. 2011;20(1):102–7.
158. White MC, Randall K, Capo-Chichi NFE, Sogogas F, Quenum S, Wright K, et al. Implementation and evaluation of nationwide scale-up of the surgical safety checklist. *British Journal of Surgery*. 2019;106(2):e91–102.
159. White MC, Daya L, Brice Karel FK, White G, Abid S, Fitzgerald A, et al. Using the knowledge to action framework to describe a nationwide implementation of the WHO surgical safety checklist in Cameroon. *Anesthesia and Analgesia*. 2020;130(5):1425–34.
160. Haugen AS, Wæhle HV, Almeland SK, Harthug S, Sevdalis N, Eide GE, et al. Causal Analysis of World Health Organization's Surgical Safety Checklist Implementation Quality and Impact on Care Processes and Patient Outcomes: Secondary Analysis From a Large Stepped Wedge Cluster Randomized Controlled Trial in Norway. *Annals of surgery*. 2019;269(2):283–90.
161. Rodella S, Mall S, Marino M, Turci G, Gambale G, Montella MT, et al. Effects on Clinical Outcomes of a 5-Year Surgical Safety Checklist Implementation Experience: A Large-scale Population-Based Difference-in-Differences Study. *Health Services Insights*. 2018;11.
162. Abbott TEF, Ahmad T, Phull MK, Fowler AJ, Hewson R, Biccard BM, et al. The surgical safety checklist and patient outcomes after surgery: a prospective observational cohort study, systematic review and meta-analysis. *British Journal of Anaesthesia*. 2018;120(1):146–55.
163. Ng-Kamstra JS, Arya S, Greenberg SLM, Kotagal M, Arsenault C, Ljungman D, et al. Perioperative mortality rates in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Global Health*. 2018;3:e000810.
164. Lama C, Ramos E, Figueras J, Casanovas T, Rafecas A, Xiol X, et al. Predictive factors for postoperative, early and late mortality in liver transplants. *Transplantation Proceedings*. 2002;34:283–6.
165. Wang H, Zheng T, Chen D, Niu Z, Zhou X, Li S, et al. Impacts of the surgical safety checklist on postoperative clinical outcomes in gastrointestinal tumor patients: A single-center cohort study. *Medicine (United States)*. 2019;98(28):1–9.

166. *de Jager E, McKenna C, Bartlett L, Gunnarsson R, Ho Y-H. Postoperative Adverse Events Inconsistently Improved by the World Health Organization Surgical Safety Checklist: A Systematic Literature Review of 25 Studies. World Journal of Surgery. 2016 Aug 28;40(8):1842–58.*
167. *Yu D, Zhao Q. Effect of surgical safety checklists on gastric cancer outcomes: A single-center retrospective study. Cancer Management and Research. 2019;11:8845–53.*

LITERATURE REVIEW

A Scoping Review of Strategies Used to Implement the Surgical Safety Checklist

Carmen Amaia Ramírez-Torres, MSc, RN; Azucena Pedraz-Marcos, PhD, RN;
 Maria Loreto Maciá-Soler, PhD, RN; Félix Rivera-Sanz, PhD, RN

ABSTRACT

In 2007, the World Health Organization initiated the Surgical Safety Checklist (SSC) as part of an initiative to improve patient outcomes. After publication of the SSC, perioperative nurses identified challenges with implementing it and questioned its effectiveness. We desired to summarize the state of the science on the effectiveness of strategies that perioperative personnel have used to implement and assess the SSC; therefore, we conducted a scoping review. We searched several databases and identified 28 articles that described the three key stages of SSC implementation (ie, before, during, and after). Half of the identified articles addressed intervention strategies and most articles provided strategies for SSC implementation. The literature also indicated that effective implementation occurred when there was adequate planning. Perioperative leaders should work with nurses when implementing the SSC and monitor its use after implementation to verify compliance and help prevent negative patient outcomes.

Key words: *Surgical Safety Checklist (SSC), team communication, implementation strategies, scoping review, safety culture.*

Perioperative team members use surgical checklists as key tools to help avoid adverse events. In 2005, researchers studied the feasibility of a preoperative team communication checklist to promote the exchange of information and team cohesiveness.¹ The study's results showed that the checklist was a reasonable and necessary tool for standardizing communication for the key aspects of a surgical procedure. Follow-up study results showed that use of the checklist helped improve team communication and decrease the incidence of communication failures.² The researchers suggested that additional research was needed to determine the effects of checklist implementation on patient safety.

BACKGROUND

In 2007, the World Health Organization (WHO) initiated the Second Global Patient Safety Challenge *Safe Surgery*

Saves Lives campaign,³ which included the WHO Surgical Safety Checklist (SSC). This checklist is a practical tool that any perioperative team can use to enhance communication and teamwork when providing surgical patient care and to reduce morbidity and mortality after procedures.⁴ Between October 2007 and September 2008, researchers studied the effectiveness of the SSC in eight hospitals in eight countries.⁵ Outcomes data from approximately 4,000 postoperative patients collected within 30 days of their procedures revealed a decrease in mortality (ie, from 1.5% to 0.8%, $P = .003$) and postoperative complications (ie, from 11% to 7%, $P < .001$).

The WHO developed the SSC to be widely applicable and measurable with the goal of improving patient outcomes. Its use is not, however, a regulatory requirement.⁴ The WHO included items on the SSC based on clinical evidence or expert opinion that "inclusion will reduce the likelihood

<http://doi.org/10.1002/aorn.13396>
 © AORN, Inc, 2021

of serious, avoidable surgical harm and that adherence is unlikely to cause injury or unmanageable cost."^{4(p15)}

After the implementation of the SSC, several researchers studied the effectiveness of the tool. A 2014 literature review showed that morbidity decreased by 36% in two studies and 11% in another study, with compliance ranging from 26% to 96%.⁶ Although researchers for 10 of the reviewed studies did not assess attitudes related to the SSC, results of six studies showed positive results related to attitudes regarding the SSC (ie, viewed the SSC as beneficial, experienced improved communication, surgeon perceptions were more positive than staff members, no staff member objections, attitudes improved after education, staff members were satisfied).⁶

Results of another 2014 review of literature on the effects of SSC implementation led to three highly relevant conclusions.⁷ First, the SSC is a strategy that includes other initiatives; therefore, the benefits of using the SSC cannot be exclusively attributed to its use. Next, 11 of 21 implementation studies did not provide any clear signs of improvement in the morbidity and mortality rates, which indicates the possibility of reporting bias and lack of monitoring. Finally, despite some of the reviewed studies showing that checklists can improve morbidity and mortality rates, these results are not only the outcome of verifying items on a checklist, but the amalgamation of professional efforts that are implicated in its completion (ie, an increase in communication, teamwork, a memory support for professionals, and professionals' commitment).⁷ Researchers also have focused on the implementation processes, including the role of the leader⁸ and factors that can affect effectiveness and compliance.^{9,10}

The aim of our review was to describe the different strategies used before, during, and after implementation of the SSC and to identify the most significant aspects of the strategies. Therefore, we conducted a scoping review to answer the following research questions.

- What are the existing types of SSC implementation strategies and what are their most significant characteristics?
- Which strategies are the most widely used before, during, and after SSC implementation?

We chose the scoping review methodology because it can be used to examine the range and extent of research on

a particular topic, summarize and disseminate the results, identify gaps in the literature, and determine the value of conducting a systematic review.^{11,12}

The aim of our review was to describe the different strategies used before, during, and after implementation of the Surgical Safety Checklist and to identify the most significant aspects of the strategies.

METHODS

We conducted the scoping review according to the following framework:

1. identifying the research question;
2. identifying relevant studies;
3. selecting studies;
4. charting the data; and
5. collating, summarizing, and reporting the results.^{11(p22)}

The Joanna Briggs Institute includes the Arksey and O'Malley framework in its methodology and adds an optional stage for consultation.¹²

Search Strategy

We searched several electronic databases (ie, PubMed, CINAHL [Cumulative Index Nursing and Allied Health Literature], Health Library, CSIC [Consejo Superior de Investigaciones Científicas], Scopus, Web of Science, and IBECs [Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud]) for applicable articles. We used the key words *checklist*, *health plan implementation*, *patient safety*, *perioperative nursing*, and *operating room*, and combined the key words with the Boolean operators "AND" and "OR."

Article Selection

The inclusion criteria comprised articles written in English, Spanish, or Portuguese that mentioned the surgical team and nursing staff members. In addition, we included articles that mentioned the SSC applied in a hospital

environment. We excluded opinion pieces and articles not based on the WHO SSC.

During our initial search, we identified 680 articles for inclusion in the scoping review. After removing duplicate articles, we evaluated the remaining articles according to the inclusion criteria, first reviewing the titles and abstracts and then the full manuscripts. After completing the evaluation, 28 articles remained for inclusion in our scoping review (Figure 1).¹³⁻⁴⁰

Charting, Collating, Summarizing, and Reporting Results

A scoping review does not include a quality appraisal of the included studies;¹¹ we interpreted and synthesized the data after reading all of the articles. To understand the key

concepts and sources of the evidence found in the literature, we conducted a thematic analysis of the material. Relevant article information is shown in Supplementary Table 1.

FINDINGS

Of the 28 articles we identified, 14 specifically addressed interventions. Based on the aims of this review, we identified three intervention categories (ie, before, during, and after implementation) and associated subcategories. We classified each of the 14 intervention-related articles according to the identified subcategories for each intervention phase (ie, before, during, and after implementation). We found that 6 (42.9%) of the 14 articles addressed at least one strategy before implementation,^{17,19,21,22,25,29,30,33,34,36,38,39} 13 (92.8%) of the 14 articles addressed at least one strategy during implementation,^{16,17,19,21,22,25,29,30,33,34,36,38,39} and 8 (57.1%) of

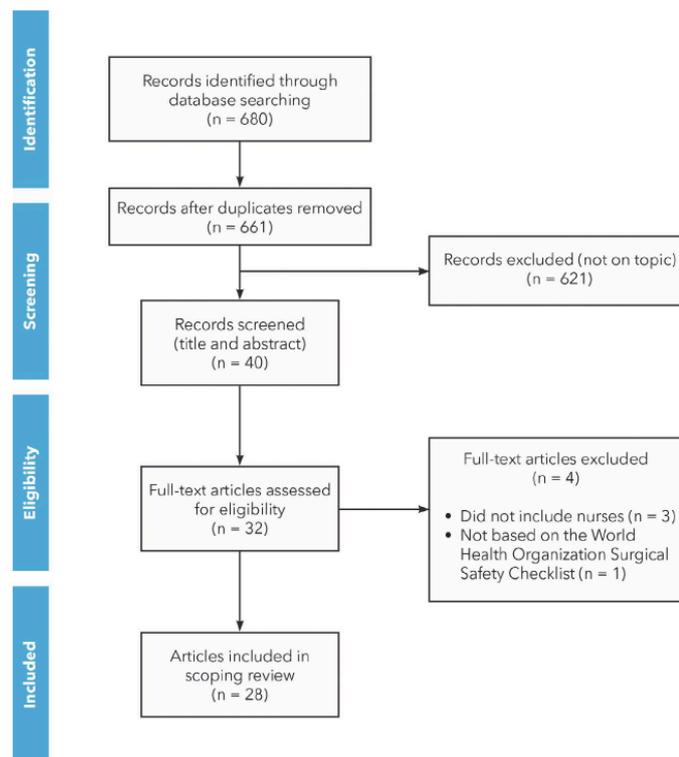


Figure 1. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses flowchart of the article selection. Adapted from Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the PRISMA Statement. PLoS Med. 2009;6(7):e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.

the 14 articles addressed at least one strategy after implementation.^{17,19,21-23,33,34,36} Although the remaining 14 articles did not address interventions, they provided support for the intervention strategies.^{13-15,18,20,24,26-28,31,32,35,37,40}

Strategies Before Implementation

When conducting our thematic analysis of the articles, we found that several implementation strategies pertained to general investigative activities that occurred before implementation. Subcategories for this category include selecting the theoretical framework, analyzing barriers and facilitators, and analyzing the safety culture.

Selecting the theoretical framework

In most of the studies, researchers used one or more of four theories or strategies to set the framework for SSC implementation. The Normalization Process Theory explains how new processes can become a part of routine practice and can be used to support staff member preparation for the adoption of the SSC by creating coherence, encouraging the involvement of the professionals, planning group actions to be included, and including an evaluation methodology to assess the benefits and costs of the intervention.⁴¹ The Responsive Regulation Theory explains how leaders can manage changes in attitudes using varying methods on a continuum from penalties to persuasion.⁴² Knowledge translation is an interactive strategy through which relevant stakeholders observe and analyze a tool to determine if it has been correctly implemented.⁴³ The stakeholders provide perspectives on the strategy and ongoing evaluation methods to simplify the implementation process and promote acceptance. Finally, crew resource management (CRM)—originating from the aviation industry⁴⁴—was the foundation for a training program (ie, TEAMANATOMY)²⁰ that has proven to be effective in improving teamwork and decreasing variability in the teams' use of the SSC.

Analyzing barriers and facilitators

We identified barriers to the implementation of the SSC, including those relative to the

- implementation approach (ie, imposed, limited, or planned);^{13,15,32}
- organization of the team (ie, perceiving that the SSC is a waste of time because it does not provide any

additional safety, that its effectiveness is not clear, and a resistance or lack of culture for change);^{13,15,32} or

- composition of the SSC (eg, repetition, content, structure, design, inapplicability to all surgeries, and the unsuitable timing of checks).^{13,32}

Facilitators included implementation strategies such as education, training, feedback on local data, accountability for noncompliance, support for hospital leaders, integration into existing processes, and senior clinical leader support and skills.³²

Analyzing the safety culture

Creating a culture of safety should be a high priority for the adequate implementation of the SSC and represents a challenge for the surgical area.^{15,25} Study results have shown some personnel have positive attitudes related to using a surgical checklist, such as embracing its value and contribution in the promotion of safety and believing its use minimizes risk in a perioperative setting.^{15,25,26,31,35} In Spain, nurses are responsible for initiating the surgical checklist at the beginning of procedures; as a result, the nurses have a leading role in sustaining surgical patient safety. Staff members may become frustrated when they experience difficulties with participating or may feel uncomfortable when they begin reading the SSC aloud in front of the team. However, qualitative study results indicate that nurses thought that a structured list requiring two or three minutes to complete was effective in reducing the risk of communication failures.²⁶

Study results have shown some personnel have positive attitudes related to using a surgical checklist, such as embracing its value and contribution in the promotion of safety and believing its use minimizes risk in a perioperative setting.

Strategies During Implementation

The objective of the strategies during implementation is to build a patient safety culture that improves staff member commitment and increases the extent of the SSC completion. Subcategories for this category include adapting the SSC; establishing coordinators or champions; and providing support, awareness, and training.

Adapting the SSC

The checklist should be short, simple, and precise so that employees consider it useful without viewing it as an extra workload. A lengthy SSC may cause staff members to view the checklist implementation negatively, but a shortened SSC may omit certain critical events. Further, adapting the SSC using precise language that avoids ambiguities may smooth its implementation.²⁴ If leaders involve staff members in the implementation process and encourage their commitment, staff members may accept the SSC more readily than if they were not involved.^{14,37}

Establishing coordinators or champions

The coordinator or champion should be a staff member or leader who believes in the SSC's effectiveness and can promote the surgical team's active involvement. Champions devoted to motivating and resolving any questions about the checklist can help reduce variability of SSC implementation and increase the quality of checklist completion.²² Without a champion to support SSC implementation, completing the checklist can become an individualized, noncollaborative task.^{18,33} Main goals of the champion include ensuring that the multidisciplinary team members understand the shared accountability and know that they can approach the champion if they have questions or concerns.^{19,22}

Supporting the implementation

One of the most effective SSC implementation strategies involves top and middle managers supporting the use of the SSC.¹⁴ Strategies to facilitate SSC completion include the use of electronic tablet devices³⁷ and prerecorded audio.²⁹

Raising staff member awareness

To successfully implement the SSC, it may be helpful for leaders to publicize information about the checklist in a simple, reasoned, and engaging manner to gain the attention of employees. Leaders can use a variety of strategies to remind the staff members to use the SSC (eg, posters, lanyards, pens).¹⁹ They also can communicate the importance of using the SSC via information sessions, clinical education sessions, and e-mail.

Providing training programs

The subcategory for training programs contained the most published information for the implementation of the SSC;

this subcategory includes motivational training sessions in which all members of the team participate, contributing to the promotion of SSC use and facilitating their engagement in its implementation. One training program that can be used to implement the SSC is TeamSTEPPS, an evidence-based program that provides tools to optimize teamwork and communication among health professionals.⁴⁵ The TeamSTEPPS program includes four basic competencies: leadership, situation monitoring, mutual support, and communication.⁴⁶ Adapting SSC training tools to meet the specific needs of an organization and its staff members rather than using the WHO standardized tools can result in higher participation.^{19,28} Other strategies include reviewing clinical cases and reading the recommendations.³³ Some programs include the use of technologies during educational activities,^{19,38} including explanatory videos showing how the SSC should and should not be used.^{16,21,28,39}

Adapting Surgical Safety Checklist training tools to meet the specific needs of an organization and its staff members rather than using the WHO standardized tools can result in higher participation.

Strategies After Implementation

The objective of the strategies after implementation (eg, assessment, evaluation) is to review the use of the SSC on an ongoing basis so that it can be improved in a continuous and dynamic manner. Subcategories for this category phase include feedback and ongoing monitoring.

Feedback

Sendlhofer et al³⁴ identified a change in the use of the SSC after conducting several audits during a pilot study. During the initial test run, staff members used the SSC in 135 (77.1%) of 175 procedures, of which 49 (36.3%) checklists were fully completed. During the second test run, which occurred after modifying the checklist, staff members used the SSC in 129 (99.2%) of 130 procedures, of which two (1.6%) checklists were complete. After three unannounced audits, the SSC was used in 231 (89.9%) of 257 procedures, of which 123 (53.2%) checklists were complete.³⁴

Key Takeaways

- ◆ Perioperative team members use surgical checklists as a key tool to avoid adverse events. The World Health Organization Surgical Safety Checklist (SSC) is a practical tool that any perioperative team can use to enhance communication and teamwork when providing safe surgical patient care.
- ◆ The authors sought to describe the articles published on different strategies used before, during, and after implementation of the SSC. They chose the scoping review methodology because it can be used to examine the range and extent of research on a particular topic, summarize and disseminate the results, identify gaps in the literature, and determine the value of conducting a systematic review.
- ◆ After completing a literature search and identifying 28 articles that addressed the SSC in the hospital environment, the authors determined that 14 articles addressed interventions. They classified the literature into three categories (ie, before, during, and after SSC implementation) with associated subcategories, and determined that most articles addressed implementation strategies.
- ◆ The subcategory for training programs contained the most published information for the implementation of SSC. The literature showed that combined strategies should be used when implementing the SSC and that additional research is needed on the effectiveness of implementation strategies.

Ongoing monitoring

Successful implementation of the SSC relies on ongoing monitoring of the manner and substance of real-world interactions of those involved in its use. Some of the indicators to monitor are acceptability, adoption, appropriateness, and feasibility.^{27,40}

Menéndez Fraga et al²³ highlighted the Global Trigger Tool—a monitoring tool used to identify whether adverse effects are related to certain actions or omissions—and identified a correlation between its use and an increase in SSC compliance. Although the results were not significant, these researchers also identified an associated reduction of the occurrence of adverse events from 16.3% in 2011 to 9.4% in 2014.

DISCUSSION

Our scoping review describes the main strategies and tools that perioperative leaders and nurses use for the effective implementation of the SSC. Collectively, the articles showed that to improve SSC implementation processes, leaders need to develop and use effective strategies before, during, and after implementation.¹³⁻⁴⁰ However, we found that there is broad variability in the manner in which staff members and leaders use innovative change strategies.

We identified categories of SSC implementation that can be adapted to meet the individual organization's needs.⁴⁷

Perioperative leaders and nurses should identify possible barriers and facilitators, select a theoretical framework, and analyze the safety culture before implementing the SSC.⁴⁸ Completing these initial steps provides an assessment of the perioperative environment relevant to process improvement and may help leaders identify and adapt tools for future implementation interventions as well as determine indicators of improvement for the evaluation phase.

LIMITATIONS

We did not include articles that were published in languages other than English, Spanish, or Portuguese. We also excluded articles about surgical checklists that were not based on the WHO SSC. To compare similar completion rates, we only considered articles that included nurses.

RECOMMENDATIONS FOR FUTURE RESEARCH

This review reveals several opportunities for future research. We noticed that many of the strategies that leaders used before SSC implementation did not address a theoretical framework in the implementation plans. Future research on the inclusion of a theoretical framework in an effective SSC implementation improvement plan may be helpful to perioperative leaders, especially those working on quality improvement initiatives.

Regarding the evaluation strategies, the incorporation of key result indicators is important to carry out an analysis that allows for measurement of improvement and, in turn, compare results with other organizations that have similar conditions.^{23,49} Future research should help to identify the key indicators of success after SSC implementation.

After reviewing intervention studies on all three phases of SSC implementation (ie, before, during, and after), we determined that studies on SSC implementation interventions are the most common. Some researchers used strategies such as assigning and educating leaders to support SSC implementation.³⁰ Leaders should consider combining strategies (eg, simulation, video, audio reports, lectures) to effectively implement the SSC.^{28,30,39} Further, implementation is not complete without evaluation strategies such as continuous monitoring. There is a lack of published studies measuring the effectiveness of strategies after implementation that included the external or internal validity of the study. Although we can draw no conclusions about strategies after implementation, this area is an opportunity for future research.

More than 10 years after the publication of the SSC, some perioperative staff members have not participated in education activities on use of the checklist⁵⁰ and study results show that SSC use is inconsistent.^{50,51} Therefore, additional research on SSC implementation is warranted.

CONCLUSION

This scoping review is a beginning point in the classification of the strategic stages that should be implemented when adopting the SSC. We identified 28 articles that addressed the SSC and identified strategies that perioperative leaders and nurses can use before, during, and after implementation of the checklist. We identified research topics that have not been fully studied, including the development of key indicators for the continuous evaluation of the effectiveness of the SSC and identification of reasons why staff members do not support SSC use. Perioperative leaders should work with nursing staff members to effectively implement and evaluate SSC implementation in their areas.

SUPPORTING INFORMATION

Additional information may be found online in the supporting information tab for this article.

Editor's notes: PubMed is a registered trademark of the US National Library of Medicine, Bethesda, MD. CINAHL is a registered trademark of EBSCO Industries, Birmingham, AL. Scopus is a registered trademark of Elsevier BV, Amsterdam, the Netherlands. Web of Science is a registered trademark of Camelot UK BIDCO Ltd, London, UK. TeamSTEPPS is a registered trademark of the US Department of Defense, Falls Church, VA, and the US Department of Health and Human Services, Bethesda, MD.

REFERENCES

1. Lingard L, Espin S, Rubin B, et al. Getting teams to talk: development and pilot implementation of a checklist to promote interprofessional communication in the OR. *Qual Saf Health Care*. 2005;14(5):340-346.
2. Lingard L, Regehr G, Orser B, et al. Evaluation of a preoperative checklist and team briefing among surgeons, nurses, and anesthesiologists to reduce failures in communication. *Arch Surg*. 2008;143(1):12-17.
3. Safe Surgery Saves Lives frequently asked questions. World Health Organization. https://www.who.int/patient-safety/topics/safe-surgery/faq_introduction/en/#:~:text=Updated August 2014,Accessed February 14, 2021.
4. World Alliance for Patient Safety. *The Second Global Patient Safety Challenge*. Safe Surgery Saves Lives. World Health Organization. https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/knowledge_base/SSSL_Brochure_finalJun08.pdf. Accessed February 14, 2021.
5. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al; Safe Surgery Saves Lives Study Group. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009;360(5):491-499.
6. Celma Vicente M, Martín Cebrián C, Cano Gómez M, Casanova Forner MT. Seguridad del paciente en el quirófano. Implantación del checklist en cirugía general. *Rev ROL Enf*. 2012;35(5):342-350.
7. Patel J, Ahmed K, Guru KA, et al. An overview of the use and implementation of checklists in surgical specialties - a systematic review. *Int J Surg*. 2014;12(12):1317-1323.
8. Treadwell JR, Lucas S, Tsou AY. Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(4):299-318.
9. Conley DM, Singer SJ, Edmondson L, Berry WR, Gawande AA. Effective surgical safety checklist implementation. *J Am Coll Surg*. 2011;212(5):873-879.

- for implementation and auditing behavior. *Am J Med Qual.* 2017;32(4):369-375.
32. Rönnberg L, Nilsson U. Swedish nurse anesthetists' experiences of the WHO Surgical Safety Checklist. *J Perianesth Nurs.* 2015;30(6):468-475.
33. Russ SJ, Sevdalis N, Moorthy K, et al. A qualitative evaluation of the barriers and facilitators toward implementation of the WHO Surgical Safety Checklist across hospitals in England: lessons from the "Surgical Checklist Implementation Project". *Ann Surg.* 2014;261(1):81-91.
34. Secanell M, Orrego C, Vila M, et al; el Grupo CIRSEG. A surgical safety checklist implementation: experience of a start-up phase of a collaborative project in hospitals of Catalonia, Spain. Article in Spanish. *Med Clin (Barc)* 2014;143(suppl 1):17-24.
35. Sendlhofer G, Mosbacher N, Karina L, et al. Implementation of a surgical safety checklist: interventions to optimize the process and hints to increase compliance. *PLoS One.* 2015;10(2):e0116926. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116926>.
36. Valerio RA Jr, Amaya R, Cole K, Hendrix CC. Impact of the standardized surgical checklist on communication and teamwork among interdisciplinary surgical team members. *J Dr Nurs Pract.* 2017;10(2):88-95.
37. Vázquez-González A, Luque-Ramírez JM, del Nozal-Nalda M, Barroso-Gutierrez C, Román-Fuentes M, Vilaplana-García A. Effectiveness of an intervention to improve the implementation of a surgical safety checklist in a tertiary hospital. Article in Spanish. *Rev Calid Asist.* 2016;31(suppl 1):24-28.
38. Verdaasdonk EGG, Stassen LPS, Widhiasmara PP, Dankelman J. Requirements for the design and implementation of checklists for surgical processes. *Surg Endosc.* 2009;23(4):715-726.
39. White MC, Peterschmidt J, Callahan J, Fitzgerald JE, Close KL. Interval follow up of a 4-day pilot program to implement the WHO Surgical Safety Checklist at a Congolese hospital. *Global Health.* 2017;13(1):42. <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0266-0>.
40. White MC, Baxter LS, Close KL, et al. Evaluation of a countrywide implementation of the World Health Organisation Surgical Safety Checklist in Madagascar. *PLoS One.* 2018;13(2):e0191849. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191849>.
41. White MC, Randall K, Capo-Chichi NFE, et al. Implementation and evaluation of nationwide scale-up of the surgical safety checklist. *Br J Surg.* 2019;106(2):e91-e102. <https://doi.org/10.1002/bjs.11034>.
42. May CR, Mair F, Finch T, et al. Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory. *Implement Sci.* 2009;4:29. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-29>.
43. Braithwaite J. The essences of responsive regulation. *UBC Law Rev.* 2011;44:475-520.
44. Pablos-Mendez A, Shademani R. Knowledge translation in global health. *J Contin Edu Health Prof.* 2006;26(1):81-86.
45. McCulloch P, Mishra A, Handa A, Dale T, Hirst G, Catchpole K. The effects of aviation-style non-technical skills training on technical performance and outcome in the operating theatre. *Qual Saf Health Care.* 2009;18(2):109-115.
46. TeamSTEPPS 2.0. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/index.html>. Created December 2012. Reviewed June 2019. Accessed February 14, 2021.
47. Pocket Guide: TeamSTEPPS. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/essentials/pocketguide.html>. Published January 2014. Reviewed January 2020. Accessed April 20, 2021.
48. Röhsig V, Maestri RN, Parrini Mutlaq MF, et al. Quality improvement strategy to enhance compliance with the World Health Organization Surgical Safety Checklist in a large hospital: quality improvement study. *Ann Med Surg (Lond).* 2020;55:19-23.
49. Cabral RA, Eggenberger T, Keller K, Gallison BS, Newman D. Use of a surgical safety checklist to improve team communication. *AORN J.* 2016;104(3):206-216.
50. Krupic F, Svantesson E, Seffo N, Westin O, Hamrin Senorski E. Use of the World Health Organization checklist - Swedish health care professionals' experience: a mixed-method study. *J Perianesth Nurs.* 2020;35(3):288-293.
51. Gagliardi AR, Straus SE, Shojania KG, Urbach DR. Multiple interacting factors influence adherence, and outcomes associated with surgical safety checklists: a qualitative study. *PLoS One.* 2014;9(9):e108585. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0108585>.

ANEXO 2.

Gobierno de La Rioja
www.larioja.org



Fundación Rioja Salud

Entrodo N.º

11 OCT. 2019

Salida N.º

93

Comité de Ética de Investigación con
medicamentos de La Rioja (CEImLAR)

DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS DE LA RIOJA

D^a. Lara García Álvarez
Jefa de la Secretaría Técnica Profesional del Comité de Ética de Investigación con
medicamentos de La Rioja

CERTIFICA

Una vez evaluado el Proyecto de Investigación:

Título:

*"Estrategias de mejorar para la implantación del Listado de Verificación Quirúrgica en un
hospital de España; una evaluación realista" (Ref. CEImLAR P.I. 375)*

que se va a llevar a cabo en el Hospital San Pedro por Carmen Amaia Ramírez Torres como
investigador principal.

El Comité de Ética de investigación con medicamentos de La Rioja (CEImLAR), tras recibir
respuesta conforme a las ACLARACIONES solicitadas **APRUEBA** su realización*.

Lo que firmo en Logroño a 11 de Octubre de 2019

Firmado:

*Con objeto de cumplir la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los
derechos digitales, prestamos especial atención a la Disposición adicional decimoséptima de Tratamientos de datos de
salud; este dictamen de aprobación queda condicionado a la evaluación de impacto de protección de datos que se
realizará en mayor brevedad posible por este Comité.

Edificio CIB/R Piqueras 98 - 3ª Planta - 26006 Logroño - La Rioja
Tel.: 941 278855 Ext 89867 - Fax.: 941 278 887 secretaria.ceico@larioja.org

ANEXO 3.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

DATOS DEL ESTUDIO

Nombre: Evaluación realista sobre el uso de la Lista de Verificación Quirúrgica (LVQ) desde la perspectiva de los profesionales, mandos intermedios y su relación con el grado de cumplimentación.

Investigador principal: Carmen Amaia Ramírez Torres

Promotor: Universidad Jaume I y CIBIR

Centro en el que se va a realizar: Hospital San Pedro

INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por un Comité de Ética de la Investigación, de acuerdo a la legislación vigente, el Real Decreto 1090/2015 de 4 de diciembre y el Reglamento Europeo 536/2014 de 16 de abril.

Nuestra intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda decidir si acepta o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

Usted ha sido seleccionado para participar en este estudio por ser formar parte del área quirúrgica del Hospital San Pedro y tener relación directa con la LVQ.

Si decide participar, puede cambiar su opinión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su puesto de trabajo.

OBJETIVO

El objetivo del estudio es encontrar estrategias de mejora concretas para el contexto del área quirúrgica del Hospital San Pedro que aumenten el uso de la LVQ y su efectividad.

CRITERIOS INCLUSIÓN

Se incluirán todos los mandos intermedios relacionados con las áreas de cirugía general y digestivo, traumatología, urología, ginecología, anestesia y enfermería para la realización de entrevistas semiestructuradas.

Además, todos los profesionales que trabajen en estos servicios que estén dispuestos a rellenar el cuestionario de "Seguridad del Paciente" de forma anónima y voluntaria.

ACTIVIDADES DEL ESTUDIO

Se realizarán cuestionarios y entrevistas en el periodo comprendido de Octubre de 2019 a Enero de 2020 para después proceder al análisis de los datos estadísticamente.

Una vez firmado el consentimiento informado y el cuestionario no se espera que sea necesario participar de más formas en el estudio.

El cuestionario será dejado en la caja marcada con el nombre cuestionarios y procederá con lo mismo con el consentimiento informado en la caja cuyo nombre será consentimientos.

RIESGOS Y MOLESTIAS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

La Lista de Verificación Quirúrgica (LVQ) desarrollada en 2009 por la OMS esta encontrando dificultades a la hora de demostrar su efectividad. Aunque los estudios realizados por la organización en el origen demostraron una reducción en la mortalidad del 1,5 al 0,8% y en la morbilidad del 11% al 7%.

Después de los resultados controvertidos se están investigando las razones de la falta de efectividad y se han encontrado motivos en el contexto en el que se ha implantado y las estrategias usadas para incluir la LVQ a nivel tanto de mandos intermedios como de los profesionales que trabajan a diario en el quirófano. Por estos motivos se agradece la participación y el tiempo empleado a este estudio.

Las responsabilidades del participante en este estudio están relacionadas con la cumplimentación del cuestionario de la forma más sincera para no enmascarar resultados y conseguir una visión fiable del contexto.

POSIBLES BENEFICIOS

Este estudio busca incorporar la LVQ de forma efectiva en el bloque de tal forma que sirva de herramienta para la comunicación fluida, aumente la satisfacción del equipo y evite incidentes de riesgo protegiendo a los profesionales de posibles eventos adversos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

El promotor se compromete al cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y garantía de los derechos digitales y al Real Decreto que la desarrolla (RD 1720/2007). Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código, de manera que no incluya información que pueda identificarle.

Desde el pasado 25 de mayo de 2018 es de plena aplicación la nueva legislación en la UE sobre datos personales, en concreto el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD). Por ello, es importante que conozca la siguiente información:

- Además de los derechos que ya conoce (acceso, modificación, oposición y cancelación de datos) ahora también puede limitar el tratamiento de datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad) los datos que usted ha facilitado para el estudio. Para ejercitar sus derechos, diríjase al investigador principal del estudio. Le recordamos que los datos no se pueden eliminar aunque deje de participar en el estudio para garantizar la validez de la investigación y cumplir con los deberes legales. Así mismo tiene derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no quedara satisfecho.
- Tanto el Centro como el Promotor son responsables respectivamente del tratamiento de sus datos y se comprometen a cumplir con la normativa de protección de datos en vigor. Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código, de manera que no se incluya información que pueda identificarle, y sólo su médico del estudio/colaboradores podrá relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Los Comités de Ética de la Investigación, los representantes de la Autoridad Sanitaria en materia de inspección y el personal autorizado por el Promotor, únicamente podrán acceder para comprobar los datos personales, los procedimientos del estudio clínico y el cumplimiento de las normas de buena práctica clínica (siempre manteniendo la confidencialidad de la información).
- El Investigador y el Promotor están obligados a conservar los datos recogidos para el estudio al menos hasta 25 años tras su finalización.
- Si realizáramos transferencia de sus datos codificados fuera de la UE a las entidades de nuestro grupo, a prestadores de servicios o a investigadores científicos que colaboren con nosotros, los datos del participante quedarán protegidos con salvaguardas tales como contratos u otros mecanismos por las autoridades de protección de datos.

CONTACTO EN CASO DE DUDAS

Si durante su participación tiene alguna duda o necesita obtener más información, póngase en contacto con el investigador principal.

Código del Estudio: Ref. CEImLAR P.I.375

Yo (nombre y apellidos)

.....

- He leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el estudio.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio..
- He hablado con Carmen Amaia Ramírez Torres
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - Cuando quiera.
 - Sin tener que dar explicaciones.
 - Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Recibiré una copia firmada y fechada de este documento de consentimiento informado.
Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Código del Estudio: Ref. CEImLAR P.I.375

Yo, D/D^a afirmo que he sido informado del proyecto de investigación y que he leído la hoja de información que se le ha entregado sobre el estudio, de modo que:

- Ha podido hacer preguntas sobre el estudio.
- Ha recibido suficiente información sobre el estudio.
- Ha hablado con Carmen Amaia Ramirez Torres
- Comprende que su participación es voluntaria.
- Comprende que puede retirarse del estudio:
 - Cuando quiera.
 - Sin tener que dar explicaciones.
 - Sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.

Recibiré una copia firmada y fechada de este documento de consentimiento informado.

Firma del profesional

Firma del investigador

Fecha: ____/____/____

Fecha: ____/____/____

(Nombre, firma y fecha de puño y letra por el profesional)

Este documento se firmará por duplicado quedándose una copia el investigador y otra el profesional.

ANEXO 4.

CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES.

Su opinión es muy importante para todos

Le pedimos su opinión sobre cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y posibles incidentes. Contestarla, apenas, le llevará **unos 15 minutos**.

- Un incidente es cualquier tipo de error, equivocación, accidente o desviación de las normas/procedimientos, produzca o no daño en el paciente.
- La seguridad del paciente son las actividades dirigidas a prevenir las posibles lesiones o los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria.

Este cuestionario es **estrictamente confidencial**; todos los datos se gestionarán respetando de manera rigurosa el secreto estadístico.

Version Española del hospital Survey on Patient Safety. Agency for Health care research and Quality (AHRQ)

Esta es una traducción fruto del convenio entre la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia (Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad Proyecto CUSEP)

Se han realizado modificaciones en el cuestionario por parte del investigador del proyecto con el fin de acortar y agilizar la cumplimentación del Cuestionario haciéndolo más específico para el área quirúrgica.



Por favor, señale con una cruz su respuesta en el recuadro correspondiente

Sección A: Su Servicio/Unidad

Por favor, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo

1. El personal se apoya mutuamente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
10. No se producen más fallos por casualidad.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo

19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

Sección B: Su Hospital

Indique, por favor, su grado de acuerdo con las siguientes **afirmaciones referidas a su hospital**

23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

Sección C: Comunicación en su Servicio/Unidad

Con qué **frecuencia** ocurren las siguientes circunstancias **en su servicio/unidad de trabajo**

34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE

36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE

Sección D: Información complementaria

43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad.	
44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?	En el año ...
45. ¿En qué año empezó a trabajar en este hospital?	En el año....
46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?	En el año....
47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital? horas/semanas
48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?incidentes
49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?	1 SI 2 NO
50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? Marque una sola respuesta.	
1 Anestesiología/Reanimación	12 Pediatría
2 Cirugía	13 Radiología
3 Diversas Unidades	14 Rehabilitación
4 Farmacia	15 Salud Mental/Psiquiatría
5 Laboratorio	16 Servicio de Urgencias
6 Medicina Interna	17 UCI (cualquier tipo)
7 Obstetricia y Ginecología	18 Neurología
8 Admisión	19 Traumatología
9 Nefrología	20 Hemodiálisis
10 Urología	21 Medicina nuclear
11 Oncología	22 Otro, por favor, especifique.....
51. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad . Marque una sola respuesta.	
1 Gerencia/Dirección	7 Farmacéutico Residente
2 Administración	8 Fisioterapeuta
3 Auxiliar de Enfermería	9 Médico
4 Dietista	10 Médico Residente
5 Enfermero(a)	11 Técnico (por ejemplo EKG, Laboratorio, Radiología)
6 Farmacéutico/a	12 Otro, por favor, especifique:.....

52. ¿Tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés?

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO 5.

SOLICITUD DATOS PARA ESTUDIO

Título del proyecto: Estrategias de mejora para la implantación del Listado de Verificación Quirúrgica en un hospital de tercer nivel en España: una evaluación realista.

Ref. Proyecto Comité de Ética Gobierno de La Rioja: CEimLAR P.I. 375
(Se adjunta aprobación del Comité de Ética)

Investigador principal del proyecto: Carmen Amaia Ramírez Torres

Grupo Investigador: GISOSS CIBIR

Fecha: 13/01/2021

Solicitud:

De acuerdo con el objetivo principal del proyecto, se cita textualmente *“Realizar un análisis previo de la situación del Listado de Verificación Quirúrgica actual, recogiendo información del grado de cumplimentación, el sentimiento de cultura de seguridad del paciente de los profesionales y los mandos intermedios.”* y teniendo en cuenta las dificultades que acontecen social y profesionalmente la pandemia relacionada con covid-19.

Para el desarrollo del proyecto necesitamos la aportación de los siguientes datos/indicadores:

- **El grado de cumplimentación del Listado de Verificación Quirúrgica(LVQ):** contamos con un análisis de su cumplimentación durante el año 2019 y sería necesario contar con ello desde que se realizó la implantación de la LVQ o bien, en su defecto, desde que ha sido recogido. (Se adjunta datos aportados con anterioridad del año 2019, necesitaríamos los mismos datos del año 2015/16/17 y18).

- **Indicadores de “Cirugía segura”:** son analizados para evaluar la eficacia real de la herramienta y propuestos por el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad en su programa “Cirugía segura”, de los que se van a incluir en el proyecto necesitamos recibir resultados de los siguientes: (se adjunta tabla ejemplo)
 - % profesionales que cumplimentan el cuestionario de seguridad del paciente
 - % de pacientes de cirugía programada a los que se les ha aplicado la LVQ
 - Ratio de reintervenciones de cirugía programada
 - Mortalidad postoperatoria

Fdo. Investigador principal

**DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CON
MEDICAMENTOS DE LA RIOJA**

D^a. Lara García Álvarez
Jefa de la Secretaría Técnica Profesional del Comité de Ética de Investigación con
medicamentos de La Rioja

CERTIFICA

Una vez evaluado el Proyecto de Investigación:

Título:

*"Estrategias de mejorar para la implantación del Listado de Verificación Quirúrgica en un
hospital de España: una evaluación realista" (Ref. CEImLAR P.I. 375)*

que se va a llevar a cabo en el Hospital San Pedro por Carmen Amala Ramírez Torres como
investigador principal.

El Comité de Ética de Investigación con medicamentos de La Rioja (CEImLAR), tras recibir
respuesta conforme a las ACLARACIONES solicitadas **APRUEBA** su realización*.

Lo que firmo en Logroño a 11 de Octubre de 2019

Firmado:



*Con objeto de cumplir la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los
derechos digitales, prestando especial atención a la Disposición adicional decimoséptima de Tratamientos de datos de
salud, este dictamen de aprobación queda condicionado a la evaluación de impacto de protección de datos que se
realizará en mayor brevedad posible por este Comité.

2a. % de profesionales que cumplimentan el cuestionario de cultura de seguridad del paciente

Fórmula de cálculo: Nº de profesionales de quirófano del hospital que cumplimenten el cuestionario de cultura de seguridad x 100/ nº total de profesionales de quirófano del hospital

Aclaraciones: Los profesionales que deben cumplimentar el cuestionario deben ser seleccionados por cada centro, valorando, en su caso, si personal con contratos eventuales o equipo volante deben ser incluidos o no

Tipo de indicador: Indicador de proceso

Frecuencia de evaluación: Anual

Referencias bibliográficas:

<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>

http://www.um.es/calidadsalud/archivos/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf

7b. Ratio de reintervenciones en cirugía programada

Fórmula de cálculo: Pacientes que son llevados a quirófano de manera no programada durante el mismo ingreso o hasta 30 días desde la intervención previa (x 100) / Total de pacientes intervenidos de forma programada.

Aclaraciones: La reintervención no programada de un paciente quirúrgico puede ser debida principalmente a complicaciones en el procedimiento realizado, y en menor medida, a las comorbilidades del paciente. Es un indicador de calidad que mide la efectividad clínica. Estos pacientes tienen una mayor tasa de mortalidad.

Numerador: Pacientes que son llevados a quirófano de manera no programada durante el mismo ingreso o hasta 30 días desde la intervención previa.

Las poblaciones incluidas: Pacientes con ingreso no programado e intervención quirúrgica registrados en CMBD.

Poblaciones excluidas: Reintervenciones programadas.

8. Mortalidad postoperatoria

Fórmula de cálculo: Nº de pacientes que fallecen durante el periodo de hospitalización después de una intervención quirúrgica x 100/ nº total de pacientes intervenidos de cirugía programada con ingreso.

Aclaraciones:

Periodo de estudio: Desde intervención quirúrgica hasta el alta hospitalaria.

Criterios de inclusión en el numerador: Casos con intervención (GRD tipo quirúrgico) y fallecimiento en el hospital (tipo de alta = 4). Tipo de ingreso programado.

Denominador: Todos los casos de ingreso con intervención (GRD tipo quirúrgico) y tipo de ingreso programado.

Tipo de indicador: Indicador de resultado. Básico

Frecuencia de entrega de resultados: Anual

Fuente de datos recomendada: Registro del CMBD de hospitalización o del área que se quiera estudiar

