



**ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN
DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN UN PROGRAMA DE CIRUGÍA
MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA**

M^a INMACULADA VÁZQUEZ CRUZ

TESIS DOCTORAL

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA



DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

D. Juan Carlos Gómez Rosado, Profesor Asociado CIS del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, Facultativo Especialista de Área, del Hospital Universitario Virgen Macarena-Virgen del Rocío

CERTIFICA QUE:

Doña Inmaculada Vázquez Cruz ha realizado el trabajo titulado ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA EN UN PROGRAMA DE CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA, con el que opta para la obtención del grado de doctora.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firma el presente certificado en Sevilla a veinte de Septiembre de del 2015.

Prof. Juan Carlos Gómez Rosado

AGRADECIMIENTOS

A mi tutor de tesis, porque sin él, esto nunca hubiera llegado a su fin. Gracias por tu aliento para mantener vivo en mí, el entusiasmo y la ilusión.

A los que me han ayudado sin condición, ofreciéndome su saber y conocimientos.

A mi marido y mi hija por haberles menoscabado de mi tiempo libre para ellos

Por la obcecación, la lucha, las ganas del saber de conocimiento, por el tesón y el afán de superación, porque sin ello no alcanzaremos nunca la meta, y no hubiera sido posible ésta tesis.

“Equivocarse es humano. Ocultar los errores es una estupidez. No aprender de ellos, imperdonable”

L. Donaldson (Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente)

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción	6
Objetivos	33
Material y Método	35
Resultados	50
Fotografías del programa	73
Discusión	78
Conclusiones	98
Bibliografía	100

INTRODUCCIÓN

Para encontrarnos con los orígenes de la cirugía menor, tal vez tengamos que remontarnos a los albores de la prehistoria, donde se observan las primeras técnicas quirúrgicas para el tratamiento de las heridas, que posteriormente fueron perfeccionadas por la medicina en la Antigua Grecia.(1)

Se sabe que en la época de los faraones, la medicina fue realmente prolífica en avances, lo que se manifestó no solo por la gran variedad de utensilios que desarrollaron, sino por la existencia de tres papiros: el de Ebers, el de Bruschi y el de Smith.(2)

El papiro de Ebers, se data en torno al año 1550 antes de nuestra era y su longitud es de unos 20 metros. En él se mencionan algunos tratamientos en cirugía, y también advierte de aquellas heridas que no se debían tratar.



Ilustración 1 Papiro de Ebers

El papiro de Edwing Smith, es un manual de cirugía traumática de sorprendente calidad para la época, menos conocido y que data del año 1600 a.c.

Otro documento a considerar, y al que hemos de hacer mención es el Código de Hammurabi (1692 a.c.). Es el primer conjunto conocido de leyes de la historia y el primer atisbo en cuanto a la seguridad del paciente se refiere.(3)

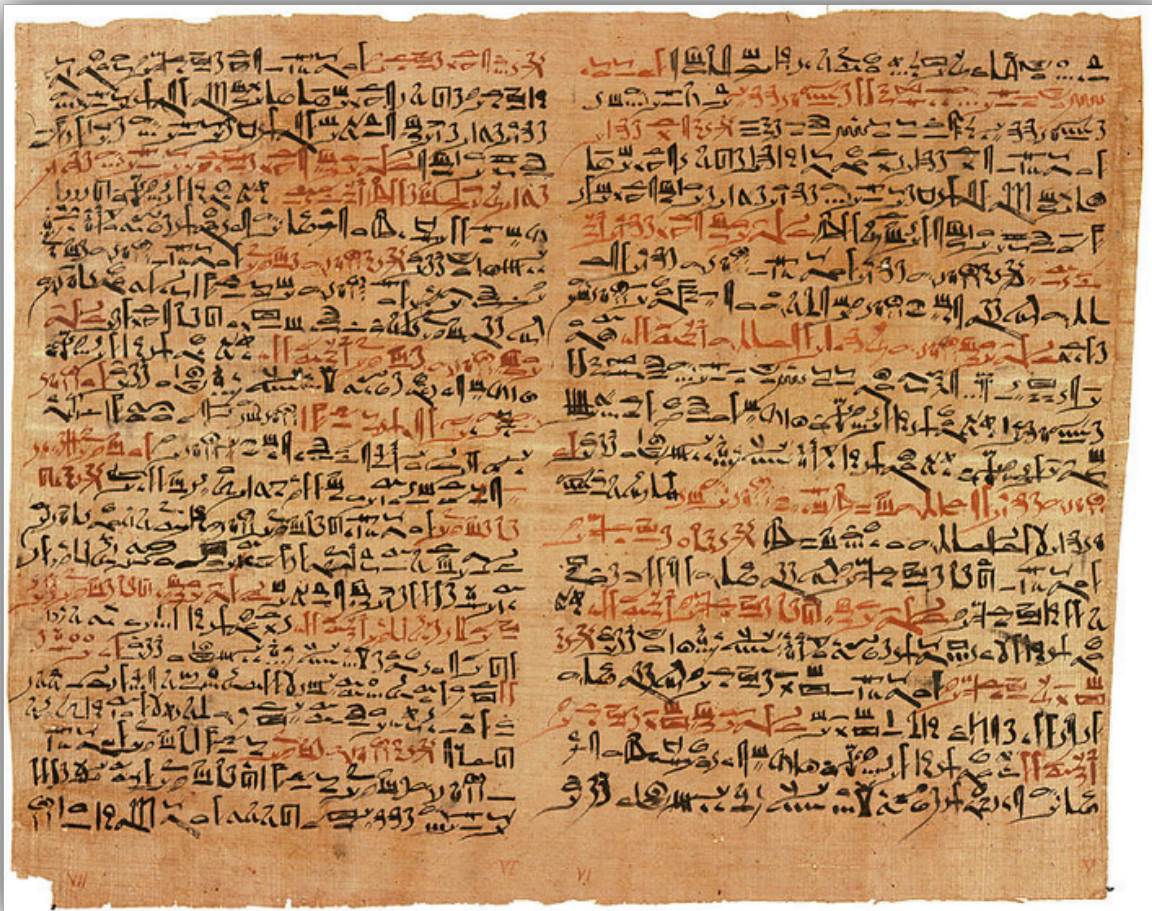


Ilustración 2: Papiro de Edwin Smith

Es en la primera mitad del siglo XIX donde se dan los grandes avances y novedades en la cirugía que abrirán las puertas a lo que actualmente conocemos como cirugía moderna. Uno de los mayores logros en la historia de la medicina fue el inicio de la era de la anestesia y en este siglo también surgieron las primeras normas fundamentales de higiene en cirugía, iniciándose así sin ser

conscientes de ello, en normas para la seguridad del paciente durante el acto quirúrgico.

El daño involuntario a pacientes tampoco es un fenómeno nuevo; el registro más antiguo de este problema se remonta al siglo XVII a.c.. En la evolución histórica de la seguridad del paciente, nos encontramos con una época de infalibilidad absoluta, seguida de una época de infalibilidad relativa donde la pionera de la enfermería moderna, Florence Nightingale, demostró que los pacientes podían ser infectados por quienes eran atendidos, redujo la mortalidad aplicando medidas higiénicas y planteó la necesidad de enseñar tanto a los enfermos como a sus familiares a ayudarse a sí mismos.

Fue en 1867, cuando Lister publicó el descubrimiento de la nueva técnica que él llamaba antisepsia, y que conseguía reducir el número de infecciones en el acto quirúrgico para conseguir así disminuir muertes evitables.(4) Hicieron falta décadas antes de que la antisepsia y luego la asepsia fueran instituidas en un número creciente de hospitales por todo el mundo.

Ambroise Paré, padre de la cirugía, reconoce por primera vez su error y lo publica,(5) e Ignaz Phillip Semmelweis demostró, la yatrogenicidad del acto médico y consiguió que sus pacientes se involucraran para mejorar así su seguridad. (3)

Por otro lado, Ernest Codman, padre de la Calidad Asistencial, registró los errores de diagnóstico y tratamiento, los clasificó, y detectó y publicó la existencia de accidentes de la cirugía o complicaciones sobre los que no tenía ningún control.(3)

Es a partir de 1999, año en el que el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, publicó el libro *“Errar es Humano: construyendo un sistema de salud seguro”*(6)

donde se informa de que los errores son más frecuentes de lo que pensamos y que ocasionan muertes y daños evitables. Con ello se comienza a desarrollar el esbozo de lo que posteriormente constituirá una política conjunta de seguridad del paciente de manera coordinada entre las distintas administraciones de los países más importantes, y que culminó en el lanzamiento de la *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente* por parte de la Organización Mundial de la Salud, cuyo interés fundamental se centraba en la obtención de un consenso y lenguaje común a nivel global en todo lo relacionado con la seguridad del paciente.(7)

El 13 abril de 2005, el Consejo de Europa informó sobre *La Declaración de Varsovia sobre la Seguridad de Pacientes: la seguridad de los pacientes como un reto europeo*, proponiendo la cultura de seguridad del paciente desde un enfoque sistemático, el establecimiento de sistemas de información para el aprendizaje, y la participación activa de los pacientes en el proceso.(8)

En enero de 2007, la Organización Mundial de la Salud, se embarcó en un proyecto denominado “las prácticas quirúrgicas seguras salvan vidas” como línea impulsora para mejorar la seguridad a nivel mundial en la atención quirúrgica, hito clave en la calidad asistencial debido a la importancia en el control del número de eventos adversos inherentes a la mayor complejidad tanto de procedimientos diagnósticos como terapéuticos.(9) Para ello confeccionó una lista de verificación que tenía que ser cuantificable y de extensa aplicación, con el objetivo, de reducir la probabilidad de causar un daño grave y evitable, y que establecería la aplicación de medidas de verificación, para ser realizadas antes, durante y después del procedimiento quirúrgico.

La consideración hoy en día de que nuestra atención sanitaria es más compleja, nos obliga más que nunca a aplicar el principio clásico de la época de Hipócrates, “*primum non nocere*”. Es entonces cuando ya se establece la atención como una relación de mutua colaboración entre el médico y el paciente, lo cual resulta imprescindible en ámbitos de seguridad.(10)

En España, para establecer los criterios de garantía en seguridad del paciente y asegurar la calidad de la asistencia sanitaria, se elaboró el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud,(11) y se facilitó así la herramienta de trabajo que la Comunidades Autónomas necesitaban para poder trabajar en esta línea.(12),(13) Fue entonces, cuando la Consejería de Salud de Andalucía, dentro de su Estrategia en Seguridad del Paciente, difundió las medidas necesarias para su ejecución.

En los años cincuenta del siglo XX fueron publicados por Schimmel(14) los primeros estudios sobre los riesgos de la hospitalización, los errores médicos, entre ellos los prevenibles por la anestesia, por Beecher(15) y el estudio de los eventos adversos gracias al cual conocemos mejor su frecuencia y determinantes, por Brennan.(16)

Paul Lemboke, cirujano de la John Hopkins University Medical School, propuso la verificación de datos ante la gran variabilidad de resultados.(17)

ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La Asamblea de la Organización Mundial de la salud, en la resolución 55.18 (2002) determinó como principio fundamental de todos los sistemas sanitarios la necesidad de promover la seguridad del paciente y bajo el lema “primero no hacer daño” estableció en su Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (2005), un conjunto de estrategias centradas en la seguridad del paciente, implicación de pacientes y consumidores en la seguridad, e informar y aprender para mejorar la seguridad de los pacientes.(18)

En Inglaterra, se definieron los siete pasos claves para conseguir una organización sanitaria más segura,(19) y el Comité Europeo de la Sanidad en el informe “La prevención de los eventos adversos en la atención sanitaria: un enfoque sistémico”,(20) propone una serie de recomendaciones a los Estados miembros relativas a la gestión de la seguridad y la calidad en la atención sanitaria, considerando que el acceso a la atención sanitaria segura es un derecho básico de los ciudadanos, y que pacientes y ciudadanos tienen derecho a recibir y a tener fácil acceso a información pertinente sobre la seguridad de la atención sanitaria en un formato y un lenguaje que puedan comprender.

En este contexto internacional, la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad(21) otorga al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, la obligación de garantizar la calidad de los servicios sanitarios. De ese modo, se ha incluido la seguridad de los pacientes como una de las estrategias destacadas en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, entendiéndola, de acuerdo con la OMS, como la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria. Por consiguiente, se establece como objetivo general de la Estrategia para la Seguridad del Paciente la mejora de calidad de la asistencia sanitaria, y para ello debe proporcionar atención y cuidados seguros a los pacientes, disminuyendo la incidencia de daños accidentales atribuibles a los mismos.(10)

Son dos los elementos claves para la correcta ejecución de dicha estrategia: que el paciente convierta su rol pasivo en activo en la asistencia, con la consiguiente minimización del riesgo de EA, y el abordaje integral de la propia asistencia.

La aparición de EA en la atención sanitaria no es un problema nuevo. Los primeros estudios sobre este tema proceden del decenio 1950-1960. No es hasta principios de 1990 cuando se comienza a disponer de estudios científicos concluyentes.(22)

Diversos estudios epidemiológicos a nivel internacional demuestran que los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados.(16),(23),(24),(25)En España, el Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS),(26) desarrollado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, informa de una incidencia de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria del 9,3%, de los que casi el 43% serían evitables. Aproximadamente, de los pacientes que acuden a un hospital, un 10 % de ellos presentan un evento adverso como consecuencia de la atención sanitaria, de los que alrededor del 50% se han considerado evitables,(27), (28)siendo las causas más frecuentes el uso de medicamentos, las infecciones y las complicaciones perioperatorias.

La seguridad del paciente, que es un elemento esencial para el desarrollo de una asistencia de calidad, ha adquirido gran relevancia en los últimos años para los pacientes y sus familias, para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente. Aunque la seguridad del paciente se centra en la prevención de los efectos adversos por la atención recibida y no en las complicaciones o evolución desfavorable de la historia natural de la enfermedad, tenemos que considerar al envejecimiento, las malas condiciones socioeconómicas, el bajo nivel educativo y el pobre o ausencia de

apoyo familiar(29) como una amenaza para la seguridad del paciente porque aumentan su vulnerabilidad.

La complejidad y especialización en la atención sanitaria actual, donde se combinan importantes avances tecnológicos, mejor diseño de procesos e interacciones médico-paciente, ha significado un importante beneficio. Sin embargo, también ha condicionado el aumento de la probabilidad de riesgo de ocasionar eventos adversos (EA), entendiendo como tales a aquellas circunstancias relacionadas con la atención sanitaria que producen un daño innecesario al paciente. “La medicina, que en el pasado solía ser simple, poco efectiva y relativamente segura, en la actualidad se ha transformado en compleja, efectiva, pero potencialmente peligrosa”(30)

Las actividades quirúrgicas, por sus especiales características, pueden tipificarse como de alto riesgo para la aparición de eventos adversos.(31),(32) Debido a la incidencia publicada en el estudio ENEAS,(26),(33) en el servicio de cirugía general del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla se creó un grupo, a finales de 2005, para analizar los eventos adversos con la intención de instaurar medidas de mejora, que revisó 373 historias clínicas. Informaron sobre una alta incidencia de efectos adversos, del 23,32%, con predominio de la infección nosocomial, seguida de las complicaciones quirúrgicas y los errores en la medicación.(13)

La Organización Mundial de la Salud centra la atención en las intervenciones quirúrgicas, al considerarlas un asunto de salud pública, y reconoce la importancia de realizar mejoras en la seguridad del tratamiento quirúrgico en todo el mundo. La iniciativa pretende abordar aspectos como las prácticas anestésicas inseguras, las infecciones quirúrgicas evitables y la comunicación deficiente dentro de los equipos, pues estos, son problemas comunes, letales y evitables en todos los países y entornos.

En consecuencia, mediante un proceso de amplias consultas internacionales, seguido de ensayos limitados sobre su aplicabilidad y, finalmente, de un estudio piloto multicéntrico a gran escala prolongado durante dos años, la OMS creó una lista de verificación, consistente en un conjunto sencillo de normas para la seguridad de las prácticas quirúrgicas que pueden aplicarse en cualquier entorno.

Cada paso de seguridad en la lista es fácil de verificar, se puede cuantificar y el listado es de amplia aplicación y es, en si mismo, seguro, pues por el hecho de aplicarlo no se genera ningún peligro o lesiones, y no aumenta el coste. Además, los pasos de seguridad disminuyen la probabilidad de causar daño quirúrgico grave y evitable.

La Lista sufrió en todas las fases modificaciones basadas en la retroinformación aportada por expertos en medicina clínica y seguridad del paciente, y por quienes la habían utilizado en la práctica en el quirófano. El objetivo es que la Lista sea de aplicación universal y útil en todos los entornos y tipos de intervenciones. Sin embargo, se alienta su modificación con el fin de adaptarla mejor a las necesidades y a los procesos asistenciales propios de disciplinas quirúrgicas y entornos concretos. Estas mejoras deben alcanzarse a través de unas actuaciones realizadas de forma sistemática y que, para que se lleven a la práctica, deben ser conocidas e implementadas por todos los profesionales implicados.

Diversas organizaciones de todo el mundo han refrendado el concepto del listado de verificación de seguridad quirúrgica; entre ellas, sociedades profesionales de cirugía, anestesiología y enfermería; grupos promotores de la seguridad del paciente; ministerios de salud; organizaciones de proveedores de servicios de salud; así como organizaciones no gubernamentales y de socorro. Sin embargo, el Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica no constituye una obligación, al no ser un elemento de la política oficial ni estar regulado por ley. Se ha

propuesto como una herramienta al servicio de los médicos interesados en mejorar la seguridad de las intervenciones quirúrgicas que realizan y en reducir las muertes y complicaciones quirúrgicas innecesarias.

El programa se puso en marcha oficialmente el 25 de junio del 2008, en Washington, D.C. Como resultado, las prácticas quirúrgicas seguras ahora son una prioridad en el campo de la seguridad de la atención de salud y el mejoramiento de la calidad. Inicialmente se validó en ocho centros piloto, en diversos entornos de todo el mundo, y aunque la información preliminar indicaba que las normas de seguridad fundamentales rara vez se aplicaban en su totalidad, el Listado ha supuesto una mejora en el cumplimiento de las medidas consideradas como de importancia clave.(9)

Uno de los aspectos más importantes del programa “Las prácticas quirúrgicas seguras salva vidas” es la capacidad para medir y seguir los cambios en el transcurso del tiempo. También ofrece un punto de partida para evaluar y medir rápidamente las prácticas actuales y compararlas con los objetivos de la atención quirúrgica segura establecidos por la OMS.

Según Rebollo-Rodrigo,(13) cuando comparamos datos bibliográficos, hemos de ser cautelosos al analizar la incidencia de efectos adversos, ya que existe falta de acuerdo en la taxonomía de los mismos. También son diferentes las metodologías y poblaciones que se utilizan en los estudios publicados, coincidiendo en este aspecto con Júdez,(34) lo cual justifica las diferencias encontradas en las diferentes comparaciones.

Los daños que se pueden ocasionar a los pacientes en el ámbito sanitario suponen un coste relevante, lo cual ha llevado en los últimos años a las principales organizaciones sanitarias a desarrollar estrategias que permitan controlar todos aquellos que, al menos, sean evitables, mediante planes, acciones y medidas legislativas.

DEFINICIÓN Y OBJETIVOS DEL LISTADO DE VERIFICACION DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA (LVSQ).

Básicamente, el LVSQ se trata de un registro que recoge una serie de actividades desarrolladas a lo largo del circuito quirúrgico, relacionadas con la seguridad del paciente y que es cumplimentado por los profesionales sanitarios responsables de la prescripción, realización y/o comprobación de dichas actividades, con el objetivo de verificar que dichas actividades se han llevado a cabo.

La correcta cumplimentación de este registro mejora la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reduce los eventos adversos evitables (errores de localización quirúrgica, de identificación del paciente, incidentes relacionados con la anestesia general, infección...). Por tanto el Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica es una herramienta a disposición de los profesionales sanitarios que tiene como objetivo reforzar las prácticas seguras reconocidas y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas.

Sus objetivos se centran en:

1. Mejorar la accesibilidad al usuario garantizando unos criterios de seguridad.
2. Asegurar la puesta en marcha de herramientas que garanticen la seguridad del paciente.
3. Mejorar la satisfacción de los usuarios con respecto a la cirugía menor.
4. Gestionar de forma eficiente los recursos disponibles para la atención a los ciudadanos que requieran de una intervención de cirugía menor básica o avanzada.
5. Potenciar la práctica de la Cirugía menor por la disciplina enfermera.
6. Contribuir a la homogeneización de la práctica de la cirugía menor ambulatoria en el Sistema Sanitario Público Andaluz.

Ámbito de aplicación

El Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica se activará ineludiblemente para todos los pacientes que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica, ya sea con anestesia loco-regional como general. Para los pacientes que se intervienen de Cirugía Menor Ambulatoria se ha diseñado un Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica acorde a sus características (entre otras, no suelen permanecer ingresados en el hospital por lo que no se activaría todo el circuito quirúrgico).

Criterios para la realización de cirugía menor ambulatoria en Atención Hospitalaria:

1. Localización de la lesión: en zonas de riesgo anatómico funcional y estético o localizaciones con riesgo de daño vascular o nervioso.
2. Tiempo de duración de la cirugía: procedimientos cuya realización requiera un tiempo superior a 1 hora.
3. Intervenciones que impidan el retorno del paciente a su domicilio tras la cirugía.
4. Domicilio en isócrona de una hora como máximo, con respecto a un centro sanitario.
5. Pacientes con tratamiento anticoagulante, sin preparación previa.
6. Alergia a anestésicos locales.
7. Deterioro cognitivo que impida la correcta interpretación o comprensión por parte del paciente de la información que se le facilita, e impida la firma del consentimiento informado.

CONSIDERACIONES GENERALES

1. El Listado de Verificación Quirúrgica es un documento de la Historia Clínica del paciente.
2. Este registro no tiene carácter prescriptor sino de verificación.
3. Los profesionales referentes del paciente escribirán sus nombres y apellidos y firmarán en los lugares destinados para ello.

El Listado de Verificación constará de las siguientes fases:

1. FASE DE ENTRADA

Debe verificarse antes de la instauración, si es el caso, de la anestesia local y/o del inicio del procedimiento terapéutico. El verificador del checklist verificará el cumplimiento de los siguientes puntos:

- Confirmar la identificación del paciente
- Localización quirúrgica
- Procedimiento.

El profesional de medicina o de enfermería, según el caso, al inicio de la entrevista, confirmará verbalmente la identidad del paciente, corroborándola con la comprobación de su DNI, la localización de la lesión, el diagnóstico de presunción de la lesión, y el procedimiento a realizar.

Obtención del consentimiento informado: es imprescindible confirmar que el paciente o su representante hayan dado el consentimiento para la realización del procedimiento.

Debe verificarse que el paciente dispone de la hoja de información específica relativa al procedimiento utilizado, así como que ha entendido la misma, y si presenta alguna duda.

Confirmación de la identificación de los miembros del equipo, por su nombre y función. Se recomienda que cada uno de los miembros se identifique por su nombre y verbalice su papel en la intervención, si bien es cierto que en AP, por sus características intrínsecas, este apartado puede ser poco relevante, salvo excepciones.

Comprobación de posible reacción alérgica medicamentosa: El profesional de medicina/enfermería preguntará al paciente sobre si tiene o no alergias y reacciones medicamentosas conocidas, y si es así, cuál, inclusive si en la historia figura tal circunstancia a fin de clarificar y aumentar el nivel de información disponible.

De no realizarse esta pregunta, el verificador del Listado efectuará la pregunta directamente al profesional interviniente. En cualquier caso, anotará los resultados. En caso de no estar reflejado debidamente en la historia, se consignará este hecho en el campo de observaciones.

Riesgo de sangrado excesivo: El profesional de medicina/enfermería preguntará al paciente sobre la posible existencia circunstancias que puedan favorecer un sangrado excesivo (consumo de anticoagulantes orales y/o antiagregantes), a fin de valorar la posibilidad de posponer la intervención. El verificador del Listado anotará los resultados. De no realizarse esta pregunta, el verificador del Listado efectuará la pregunta directamente al profesional interviniente. En cualquier caso, anotará los resultados. En caso de no estar reflejado debidamente en la historia, se consignará este hecho en el campo de observaciones.

El profesional de medicina/enfermería preguntará siempre al paciente si es portador de marcapasos, especialmente si va a utilizar técnicas de electrocirugía, aunque este dato no esté consignado en la historia. Toda persona portadora de marcapasos puede someterse a cualquier tipo de intervención quirúrgica. En caso de utilizar bisturí eléctrico unipolar o pinza de coagulación bipolar, se aconseja tomar las siguientes precauciones:

- Utilizar el sistema de forma intermitente.
- Colocar la placa de “masa” lo más alejada posible del marcapasos.
- Monitorizar el ECG y el pulso periférico.
- Se debe evitar que el paciente tenga en contacto con la piel objetos de metal en el momento de usar bisturí eléctrico.

De no realizarse esta pregunta, el verificador del Listado efectuará la pregunta directamente al profesional interviniente. En caso de ser portador de marcapasos y no estar reflejado debidamente en la historia, se consignará este hecho en el campo de observaciones. El verificador del Listado anotará los resultados.

En el checklist debe figurar la firma y fecha. Se custodiará, adjuntándolo a la copia del consentimiento informado que queda en el centro. Recomendamos, finalmente, que el apartado de observaciones refleje aquellas situaciones no detectadas en la historia y que puedan haber representado un riesgo para el paciente como es, por ejemplo, la existencia de una alergia medicamentosa conocida por el paciente pero no consignada en la historia, o el que el paciente acuda a la consulta de cirugía menor sin el consentimiento informado previamente entregado o la hoja de información específica del procedimiento a realizar.

2. FASE DE SALIDA

Ha de completarse antes de retirar el paño estéril. Puede iniciarse por el profesional médico, enfermero o la auxiliar verificadora. Debe tenerse en consideración el plan de cuidados y confirmarse el etiquetado adecuado de la muestra para anatomía patológica (si procede). Cada casilla se chequea únicamente después de haber revisado en viva voz las diferentes partes de control.

El profesional de medicina o de enfermería repasa:

1. El Procedimiento realizado.
2. Los eventos intraoperatorios importantes.
3. El plan postoperatorio previsto.

El verificador del Listado pedirá al profesional médico/enfermería que, en voz alta, revise:

1. Que el procedimiento se ha realizado conforme a lo previsto o bien se ha modificado por alguna circunstancia no prevista o dificultad técnica.
2. Los eventos importantes que hayan podido suceder (hallazgo de una infección, sospecha de lesión maligna, lesión de un nervio, sangrado excesivo).
3. El plan postoperatorio (indicaciones relativas al cuidado de la herida, drenajes, medicación necesaria y otros aspectos del tratamiento y cuidados del paciente).

Si el procedimiento ha sido rutinario y se ha ido de acuerdo al plan previsto, el profesional médico puede simplemente afirmar “No se ha producido ninguna incidencia y el paciente recibirá los cuidados habituales”. La Auxiliar

de Enfermería repasa el instrumental, efectuando el recuento, y comprueba la correcta identificación para el envío de las muestras biológicas.

PROTOCOLO DE CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

Existe cierto consenso en delimitar la cirugía menor practicable en Atención Primaria a una serie de procedimientos quirúrgicos realizados sobre tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles, ejecutados en poco tiempo (15-30 minutos) y bajo anestesia local. Estas intervenciones resultan técnicamente sencillas, no precisan instrumental quirúrgico sofisticado y no suelen deparar complicaciones intraoperatorias y postoperatorias importantes. En general, requieren unos cuidados posquirúrgicos poco especializados que pueden ser asumidos por el propio paciente o su familia.

Obviamente, el catálogo concreto de intervenciones quirúrgicas factibles en Atención Primaria depende de la capacitación profesional y la disponibilidad instrumental de cada caso.

Sin embargo, el gran volumen de actividad quirúrgica, los múltiples profesionales que interactúan, unido a la complejidad y especialización de los procesos y técnicas quirúrgicas-asistenciales empleadas en todo el circuito quirúrgico, hace que en ocasiones se produzcan efectos adversos asociados a la asistencia sanitaria derivada de la actividad quirúrgica.

Precisamente, la relativa frecuencia con que se producen errores y consecuencias adversas, ha generado una preocupación excepcional por paliar o minimizar este riesgo y por gestionarlo, configurándose una nueva línea de trabajo que se dirige a mejorar la atención sanitaria en lo que a seguridad del paciente en el circuito quirúrgico se refiere.

En cuanto a las consideraciones médico-legales en cada caso, el médico de Atención Primaria debe valorar si dispone de capacitación suficiente para una buena práctica quirúrgica, eso es: si puede garantizar una intervención efectiva y segura en un paciente en el que está indicada. Con un sentido precautorio universal, ante cualquier duda al respecto debe abstenerse de intervenir y solicitar la actuación de un experto.

El Listado de Verificación de Seguridad en Cirugía Menor pretende ser un instrumento destinado a todos los profesionales sanitarios que desarrollan actividades de cirugía menor, fundamentalmente, dentro del ámbito de la Atención Primaria (AP) con el objetivo de mejorar la seguridad de los pacientes que van a ser sometidos a este tipo de intervenciones. Una cirugía menor desarrollada en el ámbito hospitalario puede que precise alguna modificación adicional.

En concreto debe verificarse estrictamente antes de la intervención el cumplimiento de las siguientes condiciones:

1. Conocimiento de la lesión a tratar y de su historia natural
2. Necesidad definida de tratamiento quirúrgico
3. Conocimiento del procedimiento de elección y dominio de su técnica quirúrgica
4. Disponibilidad de una dotación instrumental apropiada
5. Ausencia de ciertas contraindicaciones formales para la cirugía menor en Atención Primaria.

Además de todo esto, resulta inexcusable la obtención de un consentimiento informado expreso del paciente, o del tutor legal en menores e incapaces, para toda intervención. Los requisitos legales exigen la obtención por escrito, y después de ofrecer al paciente una información detallada de todos los aspectos que puedan condicionar su decisión. Resulta conveniente completar la

información verbal facilitando un documento escrito de información quirúrgica general. El impreso de consentimiento informado, donde queden identificados médico, paciente, testigo si lo hubiere, fecha y tipo de intervención, con las firmas correspondientes, debe custodiarse en la historia clínica del paciente por su valor jurídico.

Resulta conveniente durante cualquier procedimiento quirúrgico la presencia de otro profesional sanitario en la sala de intervención como ayudante quirúrgico.

La coordinación interna entre todos los estamentos del equipo resulta clave para mantener una oferta quirúrgica estable y sin interferencias en un centro en general. Se realiza el uso de una agenda común donde se pueda reservar ordenadamente la utilización de la sala quirúrgica.

La programación conjunta de la cirugía evita conflictos por falta de instrumental estéril o ausencia de ayudante quirúrgico durante la intervención y permite planificar la respuesta del resto del equipo a urgencias imprevistas.

El acceso a un laboratorio de anatomía patológica mediante un círculo ágil de envío de muestras debe considerarse una condición inexcusable para un equipo que establezca una oferta asistencial reglada de cirugía menor.

En muchas de esas instituciones lo más importante será que integren en sus prácticas actuales los ítems de la Lista OMS centrados principalmente en el funcionamiento y la comunicación del equipo: presentación del equipo, intercambio de información antes de la realización del procedimiento, y elaboración del plan de tratamiento al final de la intervención quirúrgica. Creemos que estos ítems son de importancia primordial y que nunca habría que eliminarlos de una lista de verificación.

Para implantar el Listado de Verificación sobre Seguridad en Cirugía Menor, se recomienda que una única persona sea la responsable de chequear las casillas del listado.

El listado de Verificación Quirúrgica de cirugía menor, a diferencia del de la OMS, divide la intervención en dos fases, que se corresponden con un período de tiempo específico. El período previo a la administración de la anestesia local (Entrada o *Sign In*), que engloba también el previo a la incisión quirúrgica de la OMS (“Pausa quirúrgica” o *Time Out*) y el período durante o inmediatamente posterior al cierre de la herida/intervención propiamente dicha (Salida o *Sign Out*).



LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA

Basado en el listado de verificación quirúrgica de la OMS

CIRUGÍA MENOR – AGSO

ANTES DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA ANESTESIA

ENTRADA

- El paciente ha confirmado:
 - su identidad
 - localización quirúrgica
 - la operación
 - consentimiento informado
- Todos los miembros del equipo se han identificado por su nombre y función
- ¿Tiene el paciente:
 - Tiene alergias conocidas?
 no sí
 - Está antiagregado/anticoagulado?
 no sí
 - Es portador de marcapasos?
 no sí no procede
 - Tiene algún objeto metálico en contacto con la piel?
 no sí no procede
- Demarcación de la lesión
 sí no procede
- Pulsioxímetro puesto y funcionando
 sí no
- Verificación de la seguridad anestésica
 sí no no procede
- Anticipación de sucesos críticos
 - Confirmación de la esterilidad y pertinencia del instrumental y equipos
 - Verificación de la seguridad del procedimiento

ANTES DE QUE EL PACIENTE ABANDONE EL QUIRÓFANO

SALIDA

- Detectar problemas durante la intervención
- Registrar el procedimiento y la información necesaria para la continuidad de cuidados
- El paciente recibe por escrito:
 - Instrucciones para su autocuidado
 - Fecha, lugar y hora para su revisión
 - Teléfono de contacto
- Correcta identificación y gestión de las muestras biológicas
 sí no procede

Etiqueta identificativa paciente:

Observaciones:

Verificador DUE:

Verificador FEA:

(nombre y firma)

Fecha:

(nombre y firma)

Ilustración 3: Listado de Verificación Quirúrgica para Cirugía Menor

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN CIRUGÍA MENOR ASUMIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA.

La preparación y el desarrollo de habilidades quirúrgicas, asociado a la experiencia y a la formación médica continuada son las bases sobre las que asentaremos la realización de las diferentes técnicas quirúrgicas.

La licenciatura en medicina y cirugía habilita legalmente al médico para la realización de técnicas de cirugía menor.

Hemos de basarnos en una serie de premisas:

1. No intervenir si no conocemos el diagnóstico o la técnica realizar.
2. Supeditar la técnica quirúrgica al tipo de lesión que vamos a tratar.
3. Evitar utilizar técnicas quirúrgicas destructivas ante lesiones de las cuales desconocemos su diagnóstico previo.
4. Informar al paciente
5. Y obtener el consentimiento expreso

En la atención primaria pueden realizarse con seguridad las siguientes técnicas quirúrgicas:

1. Afeitado
2. Biopsia-punch
3. Escisión fusiforme
4. Curetaje
5. Electrocirugía
6. Reparación y sutura de laceraciones cutáneas
7. Incisión-drenaje de abscesos
8. Plastias
9. Criocirugía

EVALUACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE ANTE LA CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Cualquier proceso de cirugía menor no está exenta riesgos. Por ello, se le debe de realizar al paciente, una evaluación preoperatoria donde se valorará:

1. Las enfermedades concomitantes.
2. Alergia a anestésicos locales
3. Alteraciones de la coagulación
4. Antecedentes de cicatrización queloide o hipertrófica,
5. Trastornos circulatorios, inmunodeficiencias, hepatitis aguda o crónica
6. Si tiene información sobre el procedimiento quirúrgico.
7. Si presenta el consentimiento informado, debidamente cumplimentado.
8. Las indicaciones quirúrgicas que puede asumir cada médico. Estas dependen de su nivel de conocimiento y preparación. Se deberá tener en cuenta, que en caso de dudar ante la lesión, el médico deberá abstenerse de intervenir y derivar al paciente.

PRECAUCIÓN Y LIMITACIONES DE LA CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

Deberemos de tener en cuenta las siguientes precauciones antes de realizar una intervención:

1. Hipersensibilidad cutánea a agentes de uso tópico.
2. Tratamiento con fármacos inmunosupresores
3. Precaución con la utilización de fármacos vasoconstrictores
4. Valvulopatía y profilaxis de la endocarditis bacteriana

CONTRAINDICIONES EN CIRUGIA MENOR:

Por circunstancias locales:

1. No intervenir en lesiones malignas
2. Antecedentes de cicatrización hipertrófica o queloide
3. No intervenir en zonas de riesgo de estructuras nobles:
 - Cara y cuello
 - Angulo mandibular
 - Sien
 - Zona retroauricular
 - Canto interno del ojo
 - Triangulo posterior de la cara lateral del cuello
 - Fosa supraclavicular
 - Cara palmar de la muñeca
 - Caras laterales de los dedos
 - Axila
 - Ingle

Por circunstancias generales:

1. Antecedentes de reacción alérgica a anestésicos locales
2. Alteraciones de la coagulación patológica o farmacológica
3. Diabetes mellitas evolucionada
4. Vasculopatía periférica grave
5. Fallo orgánico grave
6. Coronariopatía
7. Situaciones que provoquen atrofia cutánea
8. Déficit inmunitarios
9. Sujetos no colaboradores.

REGLAS DE ORO DE LA CIRUGÍA MENOR

1. Abstenerse de intervenir una patología maligna
2. Localizar estructuras subcutáneas, no cortar a ciegas
3. Toda lesión extirpada se debe remitir a anatomía patológica, salvo excepciones.
4. Ante la duda, no intervenir

SALA DE CIRUGÍA MENOR.

En realidad puede realizarse en cualquier espacio limpio (consulta médica, de enfermería, de curas...), siempre y cuando se garantice la existencia de dos pequeñas áreas estériles: el campo quirúrgico donde se interviene, y una superficie para la exposición del instrumental, aunque sería interesante que cada centro de salud, dispusiese de un área quirúrgica destinada específicamente a esa actividad.

ASPECTOS MEDICO LEGALES. INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Podemos definir el consentimiento informado como “la conformidad expresa del paciente, manifestada por escrito, previa a la obtención de la información adecuada, para la realización de un procedimiento diagnóstico o terapéutico que afecte a su persona y que comporte riesgos importantes, notorios o considerables”.

En dicho acto se le informa, verbalmente y por escrito, de manera objetiva, por parte del médico que va realizar la intervención, del diagnóstico, del tipo de

intervención que se le va a realizar, el objetivo de dicha intervención, y de los procesos sobre los que se tendría que tomar medidas especiales, como son alergia a anestésicos locales, alteraciones de la coagulación, antecedentes de cicatrización, trastornos circulatorios, inmunodeficiencias, hepatitis aguda o crónica, y se hace una valoración de los riesgos frecuentes y personalizados.

Dicha información se realiza con el tiempo suficiente para que el paciente pueda reflexionar y decidir libremente.

El documento deberá contener:

1. La identificación del paciente, la identificación del centro, la identificación del médico, la identificación del procedimiento, la declaración de dar consentimiento, ya sea por el paciente, su representante legal o familiar, la posibilidad escrita de poder revocar el consentimiento en cualquier momento, lugar, fecha y consentimiento autógrafo del paciente (familiar o representante legal), junto a la firma del médico.
2. En el documento quedará constancia de que el paciente recibe una copia del documento de la comprensión de la información. Otra copia deberá incluirse en la historia clínica.
3. Deberá existir un registro específico y unificado donde constará:
 - Identificación del paciente y del médico
 - Día de intervención
 - Técnica empleada y anestesia
 - Diagnóstico previo
 - Remisión a anatomía patológica
 - Diagnóstico anatomopatológico a posteriori.
 - Deberá constar en la historia clínica un plan de cuidados posterior

OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo es la valoración del impacto tras la implantación del listado de verificación de la seguridad quirúrgica en un programa de cirugía menor, realizado en un centro de atención primaria, y medido fundamentalmente en porcentaje de disminución de eventos adversos.

Objetivos Secundarios

Analizar el grado de satisfacción de los pacientes con el listado de verificación

Comprobar la aplicabilidad del Listado de verificación de la OMS en los programas de cirugía menor en Atención Primaria

Analizar, en el caso de que se reduzcan las complicaciones, si es debido a la aplicación del propio LVSQ o por otros factores que puedan favorecer la disminución de las mismas.

Analizar el impacto de la formación continuada en la implementación del LVSQ

MATERIAL Y METODO

Diseño del estudio

El estudio es un análisis cuasi experimental, en el cual se miden de forma retrospectiva una serie de estándares de seguridad quirúrgica al inicio del trabajo, antes de la implantación del listado de verificación de seguridad quirúrgica, a modo de grupo control, y de forma prospectiva durante un año después de dicha implantación.

A los seis meses, y tras el análisis de cumplimentación del primer semestre, se realizará una intervención externa, mediante una charla formativa sobre seguridad, se mostrarán los resultados preliminares del estudio, y se detallarán los defectos de cumplimentación del listado. El efecto esperado tras dicha intervención es una mejora en la cumplimentación del Listado, y en la adhesión al programa, así como en los estándares de seguridad quirúrgica, medidos como una disminución en los eventos adversos evitables. Tanto a causa de que la adhesión y cumplimiento de Listado de Verificación fue completo, como por el hecho de que la diferencia de efectos adversos antes y después de la aplicación del listado de verificación quirúrgica se comprobaba tan baja, decidimos no realizar la segunda parte del diseño.

Población de estudio

La población a investigar incluirá a todos aquellos pacientes intervenidos mediante el programa de cirugía menor durante el año previo a la implantación del LVSQ, y todos aquellos intervenidos durante el periodo de un año desde el comienzo del estudio (implantación del LVSQ).

Criterios de inclusión

La selección de los casos intervenidos se realizó a partir de la demanda de todas las consultas del centro incluidas las de Enfermería y Pediatría, pero debían ser aceptadas por el equipo quirúrgico, de acuerdo con los siguientes criterios diagnósticos:

Cualquiera de las siguientes lesiones, codificadas según CIE-9:

1. Abscesos

- 86.01 Aspiración de piel o tejido subcutáneo.
- 86.04 Incisión con drenaje de piel y tejido subcutáneo.
- 86.27 Desbridamiento de uña, base de uña o pliegue de uña.

2. Uñas encarnadas

- 86.23 Extracción de uña, lecho de uña o pliegue de uña.

3. Verrugas

- 86.3 Otra extirpación local o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo.
- Destrucción de piel por cauterización, CRIOTERAPIA, electroterapia con bisturí eléctrico.
- 86.24 Quimio cirugía de piel. Pelado químico de piel con nitrógeno líquido.
- 86.25 Abrasión dérmica.

4. 4. Lipomas

- 86.3 Otra extirpación local o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo.
- Destrucción de piel por cauterización, criocirugía, electroterapia con bisturí eléctrico. Se excluirían aquellos que por su tamaño precisen injerto.

5. Desbridamiento de heridas

- 86.22 Desbridamiento excisional de herida, infección o quemadura. Extracción mediante incisión de: escara, necrosis y/o tejido desvitalizado.

6. Cuerpo extraño de piel y subcutáneo

- 86.05 Incisión con extracción de cuerpo extraño de piel y tejido subcutáneo.

7. Fibroma

- 86.3 Otra extirpación local o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo.
- Destrucción de piel por cauterización, CRIOTERAPIA, electroterapia con bisturí eléctrico.

8. Papiloma (verruca plantar)

- 86.3 Otra extirpación local o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo.
- Destrucción de piel por cauterización, CRIOTERAPIA, electroterapia con bisturí eléctrico.

9. Quiste epidérmico

- 86.04 Incisión con drenaje de piel y tejido subcutáneo.
- 86.3 Otra extirpación local o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo.

10. Nevus

- 86.3 Otra extirpación local o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo.

11. Otros (CRIOTERAPIA)

- Queratosis actínica/Queratosis seborreica.
- Hiperqueratosis/Cuerno cutáneo.
- Molusco contagioso.

- Angioma puntiforme: punto rubí.

Criterios de exclusión

1. No consentimiento por parte del paciente para ser sometido a la intervención
2. Lesiones no incluidas en el programa de Cirugía menor (se remitirán a Unidad de Cirugía General de Referencia):
 - Lesiones en cara y cuello. Debemos valorar etiología y tamaño.
 - Lesiones mayores de 5 cm.

Protocolo de trabajo establecido

FASES DEL PROGRAMA

Paso 1 (Consulta de atención primaria)

- Verificar que la patología está recogida en cartera de servicios de Cirugía Ambulatoria en Atención Primaria. Es importante que sean lesiones únicas y/o de pequeño tamaño.

Paso 2 (Consulta de atención primaria)

- Realizar derivación en documento P10 informando de patología y localización.
- Especificar si es patología susceptible de crioterapia en P10.

Paso 3 (Consulta de atención primaria)

- Previa información verbal completa y detallada, se facilita una copia del documento de consentimiento informado escrito (CI) para que lo lea en su domicilio y lo firme si está de acuerdo con la intervención.
- En caso de toma de anticoagulantes orales y fuese necesario su supresión, explicar correctamente al paciente para su sustitución por

heparina de bajo peso molecular 3 días antes de la intervención. La retirada y reinicio de tratamiento es papel del médico de familia.

Paso 4 (Atención al usuario)

- El paciente solicitará cita en atención al usuario con el documento P10.

Paso 5 (Cirugía menor)

- Al recibir al paciente en la consulta de cirugía menor se le recogerá el consentimiento informado firmado.

Paso 6 (Cirugía menor)

- Iniciar la verificación de seguridad quirúrgica, de acuerdo con el formulario oficial del SSPA

Paso 7 (Cirugía menor)

- Realización de la intervención.

Paso 8 (Cirugía menor)

- Registro en Historia Digital de:
 - Motivo de consulta.
 - Registro documental de que se ha recogido el documento de consentimiento informado debidamente formalizado por el médico y el paciente.
 - Codificar diagnóstico postoperatorio y procedimiento.

Paso 9 (Cirugía menor)

- Entregar al paciente informe de alta, instrucciones postoperatorias y cuidados de enfermería.

Paso 10 (Cirugía menor) Solo en caso de remitir muestras a anatomía patológica.

- Comprobar concordancia de numeración identificativa de la muestra de AP con la incluida en el formulario de solicitud de estudio, que también ha de cumplimentarse.

Paso 11 Revisión postoperatoria.

- Normalmente a la semana, coincidiendo con la fecha que es precisa la retirada de puntos de sutura, si procede. Se comprueba el estado del paciente, los resultados inmediatos y la existencia o no de complicaciones.

Paso 12 (Consulta Telefónica) Entrevista Estructurada.

- Normalmente al mes de la intervención. Se procede a llamar telefónicamente al paciente y se le realiza una entrevista estructurada, en la que se le pregunta sobre aspectos relacionados con su evolución, su estado y su grado de satisfacción. (Ilustración 4)

Llamar a todos los pacientes sometidos a cirugía menor durante el periodo de 1-1-2012 a 31-12-2012.

Preguntar:

ANTES O DESPUES DE CHECKLIST.

Numero de historia	AN
1. Ha tenido complicación en el postoperatorio?	SI NO
2. En caso de tener alguna, detallarla.	<input type="checkbox"/> Sangrado <input type="checkbox"/> Apertura herida <input type="checkbox"/> Infección herida <input type="checkbox"/> Mal resultado estético <input type="checkbox"/> Reproducción de lesión
3. En caso de complicación, ¿quién se la detecto?	<input type="checkbox"/> Enfermería en revisión <input type="checkbox"/> Médico en revisión <input type="checkbox"/> Usted mismo
4. Cual fue el procedimiento de resolución de la complicación	<input type="checkbox"/> Curas por enfermería <input type="checkbox"/> Tratamiento médico <input type="checkbox"/> Derivación a otro centro <input type="checkbox"/> Reintervención (volver a operarle)
5. Cuanto tiempo tardó en resolverse la complicación?	<input type="checkbox"/> Dias:
6. Cuanto tiempo tardó en reincorporarse a sus actividades habituales	<input type="checkbox"/> Dias:
7. Grado de satisfacción con el procedimiento (refiriéndose al procedimiento quirúrgico y su evolución postoperatoria, y no al proceso de selección, espera, gestión de citas, etc)	0 Muy descontento 1 Descontento 2 Neutro (Me da igual) 3 Satisfecho 4 Muy satisfecho

Comprobación en la historia clínica:

En caso de no haber complicaciones, en principio no se comprueba la historia.

En caso de haber alguna complicación, se comprueba la historia y vemos la concordancia de las respuestas con lo registrado en la historia.

Dato	Grado de concordancia		
	Total	Parcial	Discordancia
Aparece alguna complicación postoperatoria	Posibles causas de la complicación		
<input type="checkbox"/> Sangrado <input type="checkbox"/> Apertura herida <input type="checkbox"/> Infección herida <input type="checkbox"/> Mal resultado estético <input type="checkbox"/> Reproducción de lesión			
Podían haber sido evitadas? Como?			
Cumpía criterios de inclusión? SI NO (en caso de no cumplirlo, decir cual es el no cumplido)	Se recoge en el listado de verificación alguna pregunta que podría haber evitado el evento? Detallarla:		
Médico responsable del procedimiento	Médico responsable del registro de complicaciones		

Ilustración 4: Entrevista estructurada telefónica

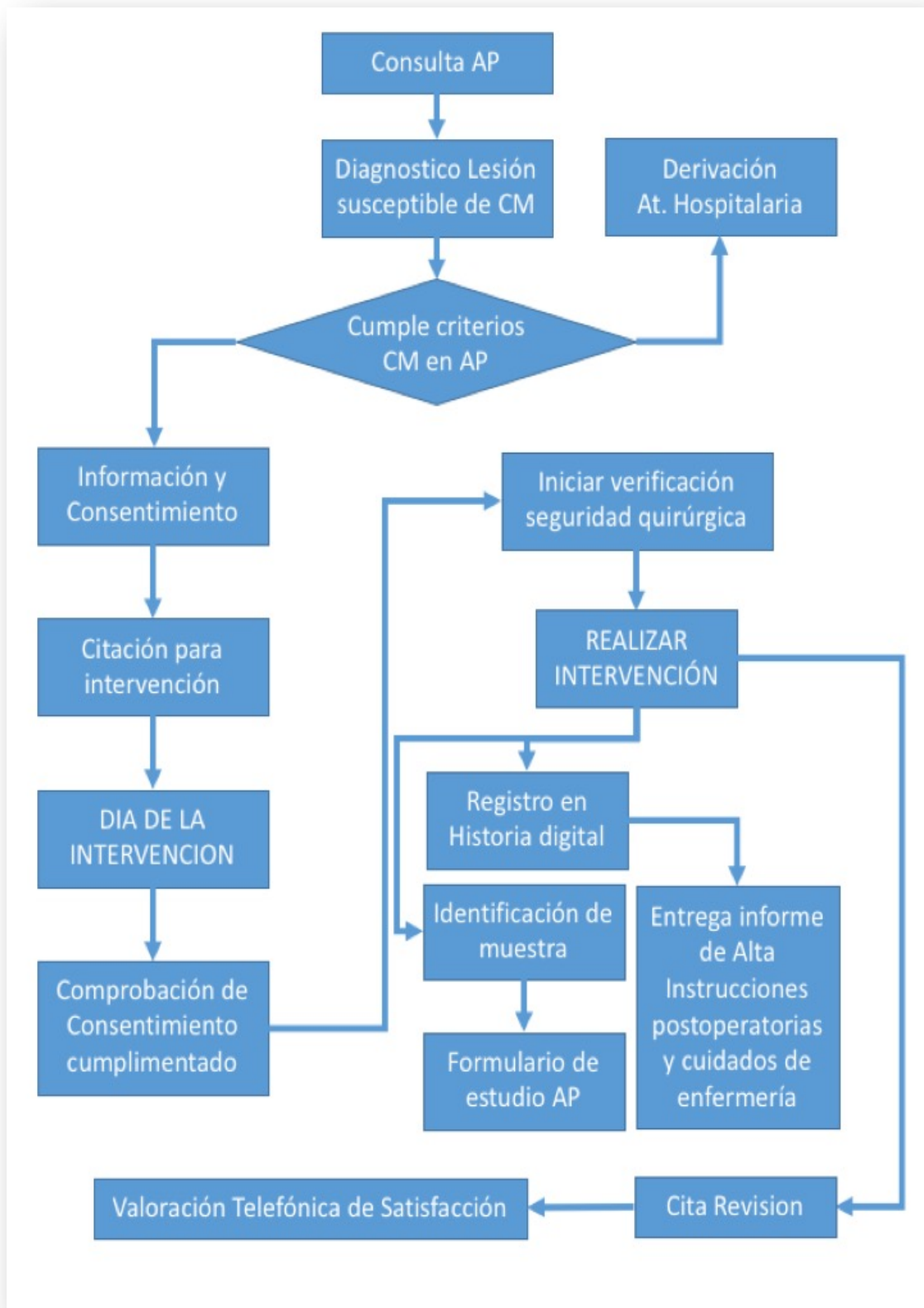


Ilustración 5: Flujo de actuaciones en el proceso

Archivo de Consentimientos Informados

El consentimiento informado en su totalidad y el Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica de seguridad quirúrgica en cirugía menor, quedaran guardados conjuntamente en una localización segura; a la espera del resultado de anatomía patológica. Una vez conocido el resultado de esta, quedarán archivados y custodiados, siguiendo la legislación vigente.

De forma periódica se realizará una auditoría de los consentimientos informados de los seis meses anteriores. La auditoría la realizará el responsable del Programa de Cirugía Menor y consistirá en validar la correcta cumplimentación de los documentos, haciendo especial hincapié en:

1. Que el documento se adecue a la intervención realizada.
2. La correcta identificación del profesional que da la información y su firma.
3. La correcta identificación del usuario y su firma.
4. Que en la Historia de Salud Digital del usuario quede registrado que se firma consentimiento informado.

En nuestra Unidad, uno de los condicionantes para la implantación del programa fue el establecimiento de criterios, protocolos, su forma de difusión, etc. Se presentó el protocolo de cirugía menor por parte de un médico responsable del programa, donde se estableció el conocimiento de la lesión a tratar y de su historia natural, determinación del tratamiento quirúrgico, disponibilidad de una dotación instrumental apropiada, criterios de inclusión y ausencia de ciertas contraindicaciones formales para la cirugía menor en Atención Primaria. Se informó de la existencia de una agenda común donde se pueden incluir a los pacientes, a la que acudirán con el consentimiento informado firmado. Para ello, se realizó una formación previa dirigida al resto del personal sanitario del Área de Salud donde se le informó de los aspectos generales de este servicio y de aquellas patologías que son subsidiarias de intervención en el Centro de Salud,

y aquellas que requerirían atención hospitalaria. Esto agilizó y facilitó el trabajo del equipo que realiza la Cirugía Menor, siendo imprescindible una buena comunicación entre los distintos profesionales.

Tamaño de la muestra

No se ha establecido un número muestral a priori, y se han incluido todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión durante el periodo establecido, es decir desde enero 2011 hasta diciembre 2012.

Fuentes de informacion

La información se obtendrá a partir de los datos recogidos de forma prospectiva por los miembros del equipo de cirugía menor del Centro de Salud de Estepa, y registrados tanto en la base de datos documental corporativa (DIRAYA) del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), como en la base de datos generada por el equipo de investigación a tal efecto.

Médicos participantes en el estudio

El equipo de Cirugía Menor del Centro de Salud de Estepa está formado por tres Facultativos, Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, con capacitación adecuada para realización de intervenciones incluidas en el programa de cirugía menor del SSPA, con dedicación parcial dentro de sus tareas asistenciales a la realización de dichas intervenciones.

Además, han participado esporádicamente otros Facultativos o Especialistas en Formación, con la cualificación adecuada, y asistidos por alguno de los miembros del equipo de Cirugía Menor.

VARIABLES A ESTUDIAR

Las variables a incluir en el estudio serán las siguientes:

1. Dato identificativo: número de historia clínica.
2. Datos sociodemográficos: edad y sexo.
3. Relación cronológica con el momento de implantación del LVSQ (antes o después).
4. Diagnóstico.
5. Procedimiento quirúrgico.
6. Complicaciones postoperatorias.
7. Método de resolución de la complicación, si la hubiere.
8. Número de días necesarios para su resolución, en caso de complicación.
9. Número de días para reincorporación a actividad habitual.
10. Posibles causas de la complicación, si la hubiere.
11. Como podría haberse evitado dicha complicación.
12. Comprobación de los criterios de inclusión en cirugía menor.
13. Criterio no cumplido, en tal caso.
14. Posibilidad de que el LVSQ evitase la complicación
15. Item del LVSQ que la hubiese evitado, en tal caso.
16. Grado de satisfacción con el proceso
17. Grado de discordancia entre entrevista y registro documental
18. Médico que realiza el procedimiento
19. Médico responsable del seguimiento.

Seguimiento

A partir de la inclusión del enfermo en el estudio (momento en que se decide llevar a cabo la intervención) se ha realizado un seguimiento entre la intervención y el alta.

Al finalizar el periodo de inclusion de pacientes se realizó una entrevista telefónica en la que se preguntó al paciente sobre la existencia de alguna complicacion, el tiempo de recuperación, tiempo de reincorporación a la actividad normal y el grado de satisfacción con el proceso, y se comprobó el grado de discordancia entre las respuestas y el registro documental en la historia digital.

En ningún caso se ha alterado el proceso de atención habitual en estos enfermos.

Plan de análisis

Se consideran variables principales las siguientes:

1. Presencia o no de complicación
2. Tipo de complicación
3. Tiempo de recuperacion tras la complicación
4. Tiempo de reincorporación a la actividad normal
5. Grado de satisfacción con el proceso
6. Grado de discordancia entrevista/registro documental

Análisis estadístico

Las variables del estudio se clasificaron en las siguientes categorías:

1. Dependientes u objetivo, descritas anteriormente.
2. Independientes o factores de riesgo:
 - Diagnóstico.
 - Tipo de intervención.
 - Cumplimentación de los criterios para cirugía menor.
 - Relación cronológica con la implantación del LVSQ (antes/después), siendo ésta la principal variable de agrupamiento de ambas muestras.
3. De ajuste (características demográficas del enfermo,)

Cálculo de las probabilidades de incidencia para las variables objetivo.

Procedimientos de análisis

- **Estadística descriptiva**

Se obtuvieron las distribuciones de frecuencias de las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas se calcularon las principales medidas de centralización (media aritmética y mediana) y de dispersión (varianza y desviación típica).

También se realizaron tests para comprobación de la homogeneidad de ambas muestras, mediante test de Chi² para las variables cualitativas, y pruebas no paramétricas (prueba U de Mann-Whitney para variables independientes).

- **Estadística bivalente:**

La asociación entre las variables objetivo y el resto de variables del

estudio se ha estudiado mediante la prueba ji-cuadrado para variables cualitativas.

Para las variables cuantitativas, se compararon mediante test no paramétricos (prueba U de Mann-Whitney para variables independientes).

Todas las comparaciones se formularon como contrastes bilaterales, y se declararon como estadísticamente significativas si el nivel de significación era inferior al valor de 0,05.

Recursos informáticos

Los datos han sido mecanizados en una base de datos para su revisión elaborada a tal efecto, en lenguaje VBA para Microsoft™ Access™ 2007. (Ilustración 6). Para el análisis estadístico se ha empleado el programa IBM™ SPSS™ Statistics Versión 20 para Mac™.

La imagen muestra una captura de pantalla de un formulario de Microsoft Access titulado "REGISTRO DE CONTROL DE SEGURIDAD. CIRUGIA MENOR". El formulario está diseñado para registrar datos de pacientes intervenidos y se divide en varias secciones con campos de texto, botones de selección y botones de acción.

El formulario contiene los siguientes campos y elementos:

- Encabezado:** "REGISTRO DE CONTROL DE SEGURIDAD. CIRUGIA MENOR" con botones de navegación y un botón "SALIR".
- Campos de identificación:** "NUMERO DE HISTORIA:", "APELLIDOS, NOMBRE:", "SEXO:" (menú desplegable) y "EDAD:".
- Campos de diagnóstico y procedimiento:** "INTERVENIDO ANTES O DESPUES DE LA IMPLANTACION DEL CHECKLIST?:" (menú desplegable), "DIAGNOSTICO:" y "PROCEDIMIENTO:".
- Sección de complicaciones:** "SE DETECTA ALGUNA COMPLICACION:" (menú desplegable), "DETALLE LA COMPLICACION DETECTADA:" (menú desplegable), "QUIEN DETECTA LA COMPLICACION:" (menú desplegable), "METODO DE RESOLUCION:" (menú desplegable) y "NUMERO DE DIAS EN RESOLVERSE:".
- Sección de satisfacción y seguimiento:** "CUANTO TIEMPO TARDO EN REINCORPORARSE A SU ACTIVIDAD NORMAL:", "CUAL ES EL GRADO DE SATISFACCION CON EL PROCESO:" (menú desplegable) y "GRADO DE DISCORDANCIA ENTRE HISTORIA Y ENTREVISTA:" (menú desplegable).
- Sección de causas y prevención:** "DETALLE PROBABLES CAUSAS DE LA COMPLICACION", "PODRIA HABERSE EVITADO?:" (menú desplegable) y "COMO?:".
- Sección de criterios de inclusión:** "CUMPLIA LOS CRITERIOS DE INCLUSION EN CIRUGIA MENOR:" (menú desplegable), "¿QUE CRITERIO NO SE CUMPLIA?:" y "SE HUBIERA EVITADO CON EL CHECKLIST?:" (menú desplegable), "¿QUE VERIFICACION LO HUBIERA EVITADO?:".
- Campos de personal:** "MEDICO QUE REALIZA LA INTERVENCION:" (menú desplegable) y "MEDICO QUE REALIZO EL SEGUIMIENTO:".

Ilustración 6: Captura de pantalla del formulario de recogida de datos. MS Access

RESULTADOS

Resultados descriptivos.

Fueron realizadas y evaluadas 492 intervenciones, de las cuales un 42,1% corresponden a hombres y un 57,9% a mujeres. De ese total de 492 intervenciones quirúrgicas, 218 se dieron antes de la implantación del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica y 274 después de la implantación de la misma. Todos los casos tras la implantación del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica disponían de su formulario completa y correctamente cumplimentado (100%).

Respecto al diagnóstico, la mayor frecuencia eran fibromas, seguido de las verrugas, Nevus, quiste sebáceo y lipomas, decreciendo en ese orden; siendo la frecuencia menor en papilomas, queloides, cuerno cutáneo e infiltraciones (patología tendinosa)

El procedimiento realizado con mayor frecuencia fue la exéresis y sutura (210), seguido del afeitado con bisturí eléctrico (108) y crioterapia (72). Se realizaron un total de 70 infiltraciones.

El 93,5% no ha presentado complicaciones y respecto a las complicaciones postoperatorias (un total de 32 casos) detectadas 6,5% : 2 caso de dehiscencia de sutura, 12 casos ha presentado infección de la herida, 2 de sangrado, 7 casos con mal resultado estético y 9 con reproducción de la lesión. En el resto no aparecieron problemas. En 5 de las complicaciones fueron detectadas por el personal de enfermería en revisión, 8 casos fueron detectados por el médico y 19 fueron detectadas por el propio paciente. El grado de concordancia registro/entrevista presentan 0,2% discordancia parcial, 2,4% discordancia completa y un 97,4 concordancia completa.

Ninguna de las complicaciones se consideró evitable mediante las aplicaciones del listado de verificación quirúrgica según los profesionales que las evaluaron.

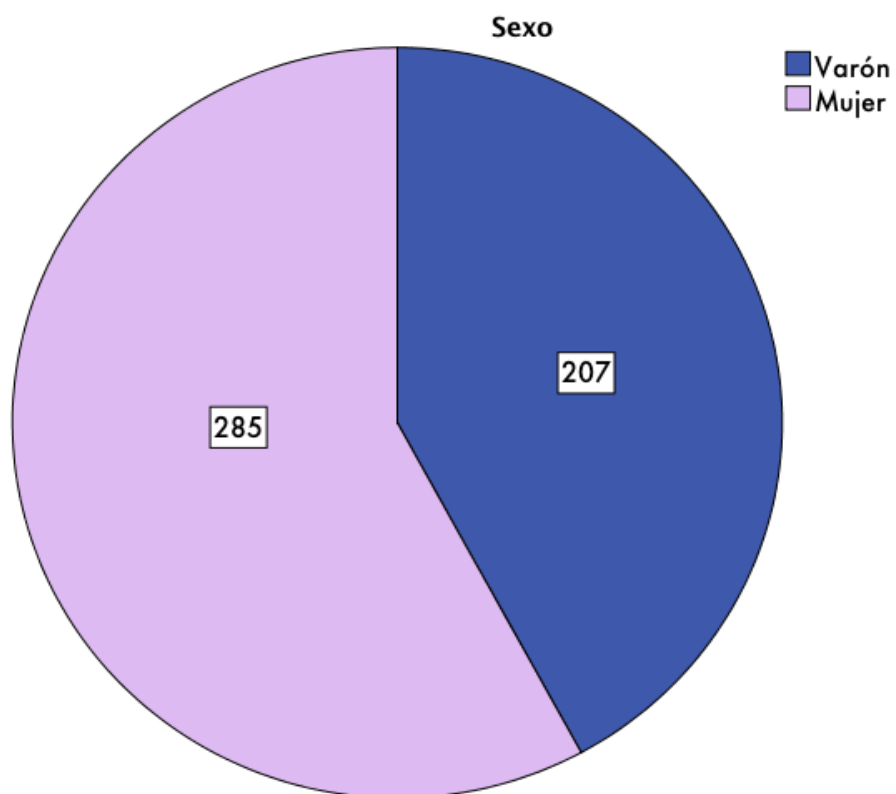
De las 32 complicaciones, 3 se podían haber evitado si el paciente hubiera llevado a cabo las medidas postoperatorias indicadas adecuadamente y una de ellas con una mejora en la técnica quirúrgica o no habiéndose intervenido dado que no cumplía adecuadamente los criterios de inclusión. De las 492 intervenciones, una no cumplía los criterios de inclusión en el programa de cirugía menor. Las causas de las complicaciones detectadas fueron: cicatriz queloidea, hemostasia incorrecta, infección de la herida, mal resultado estético y lesión fuera de los límites de inclusión.

En cuanto al método de resolución de dichas complicaciones, 9 necesitaron curas por enfermería, 5 tratamiento médico, 2 derivación a otro centro, 9 reintervenir y 1 que no se resolvió.

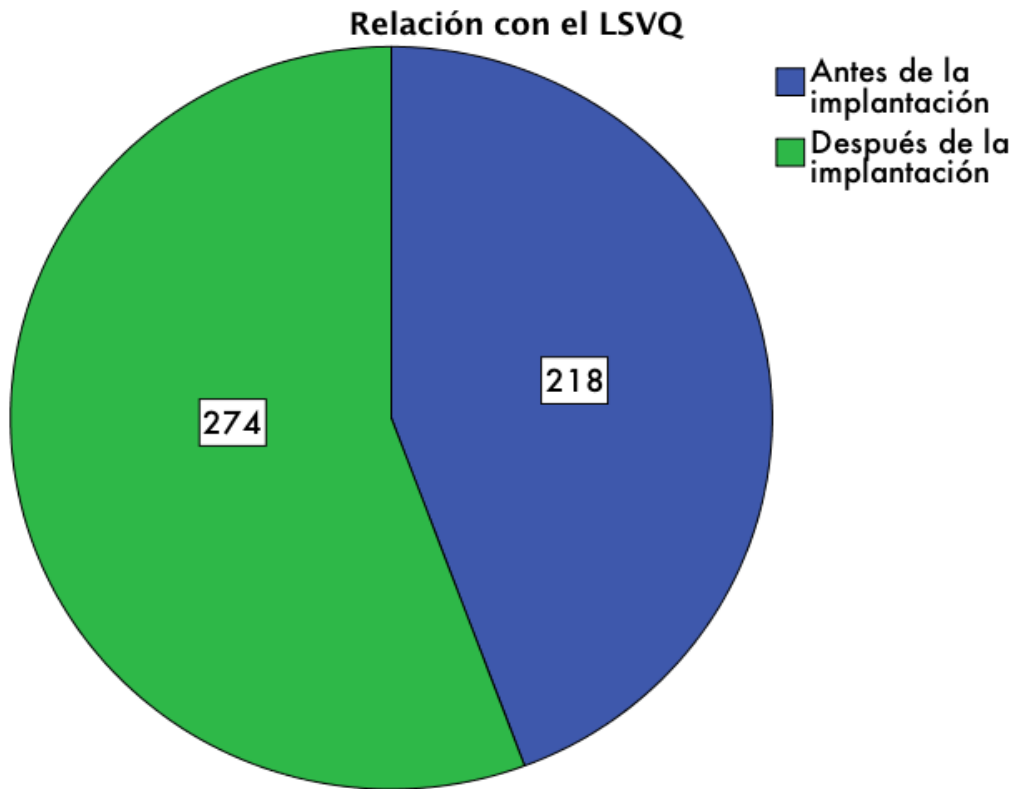
Los resultados de la medida de satisfacción se reflejan a continuación de los 492 casos: el 61,4% estaban muy satisfechos con el resultado de la operación, el 29,9% algo satisfechos, el 4,1% le ha sido indiferente, el 3,3% descontento y el 1% muy descontento. Se perdieron dos casos que no fueron localizados para realizar la entrevista de satisfacción.

Distribución por sexo

Sexo				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Varón	207	42,1	42,1	42,1
Mujer	285	57,9	57,9	100,0
Total	492	100,0	100,0	



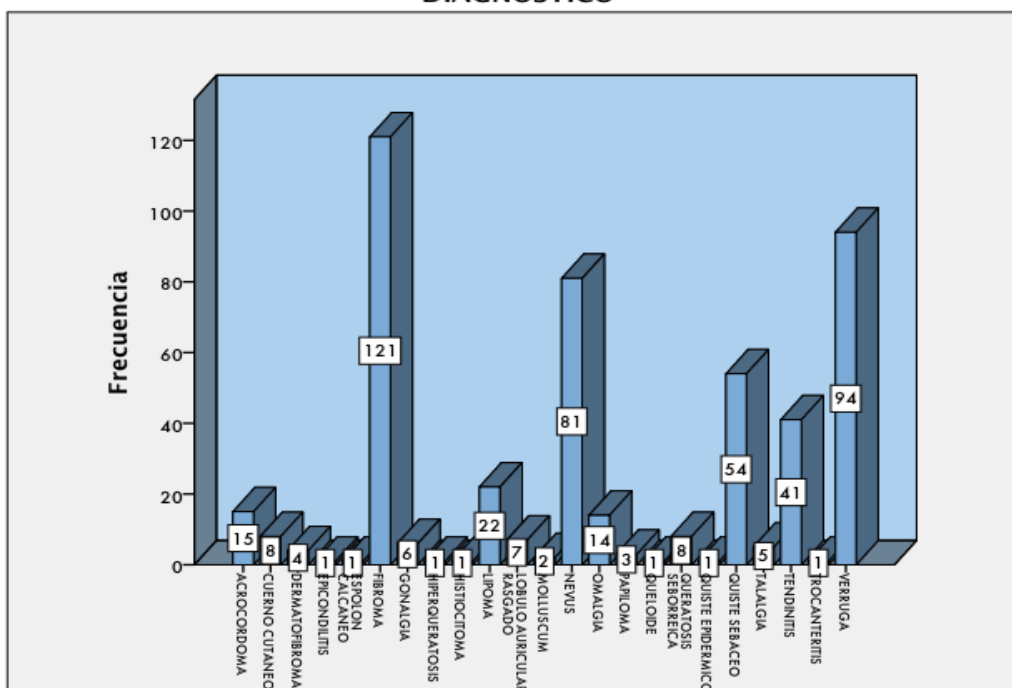
Relación con el LSVQ				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Antes de la implantación	218	44,3	44,3	44,3
Después de la implantación	274	55,7	55,7	100,0
Total	492	100,0	100,0	



Diagnostico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Acrocordoma	15	3,0	3,0	3,0
Cuerno cutáneo	8	1,6	1,6	4,7
Dermatofibroma	4	,8	,8	5,5
Epicondilitis	1	,2	,2	5,7
Espolón calcáneo	1	,2	,2	5,9
Fibroma	121	24,6	24,6	30,5
Gonalgia	6	1,2	1,2	31,7
Hiperqueratosis	1	,2	,2	31,9
Histiocitoma	1	,2	,2	32,1
Lipoma	22	4,5	4,5	36,6
Lóbulo auricular rasgado	7	1,4	1,4	38,0
Molluscum	2	,4	,4	38,4
Nevus	81	16,5	16,5	54,9
Omalgia	14	2,8	2,8	57,7
Papiloma	3	,6	,6	58,3
Queloide	1	,2	,2	58,5
Queratosis seborreica	8	1,6	1,6	60,2
Quiste epidérmico	1	,2	,2	60,4
Quiste sebáceo	54	11,0	11,0	71,3
Talalgia	5	1,0	1,0	72,4
Tendinitis	41	8,3	8,3	80,7
Trocanteritis	1	,2	,2	80,9
Verruga	94	19,1	19,1	100,0
Total	492	100,0	100,0	

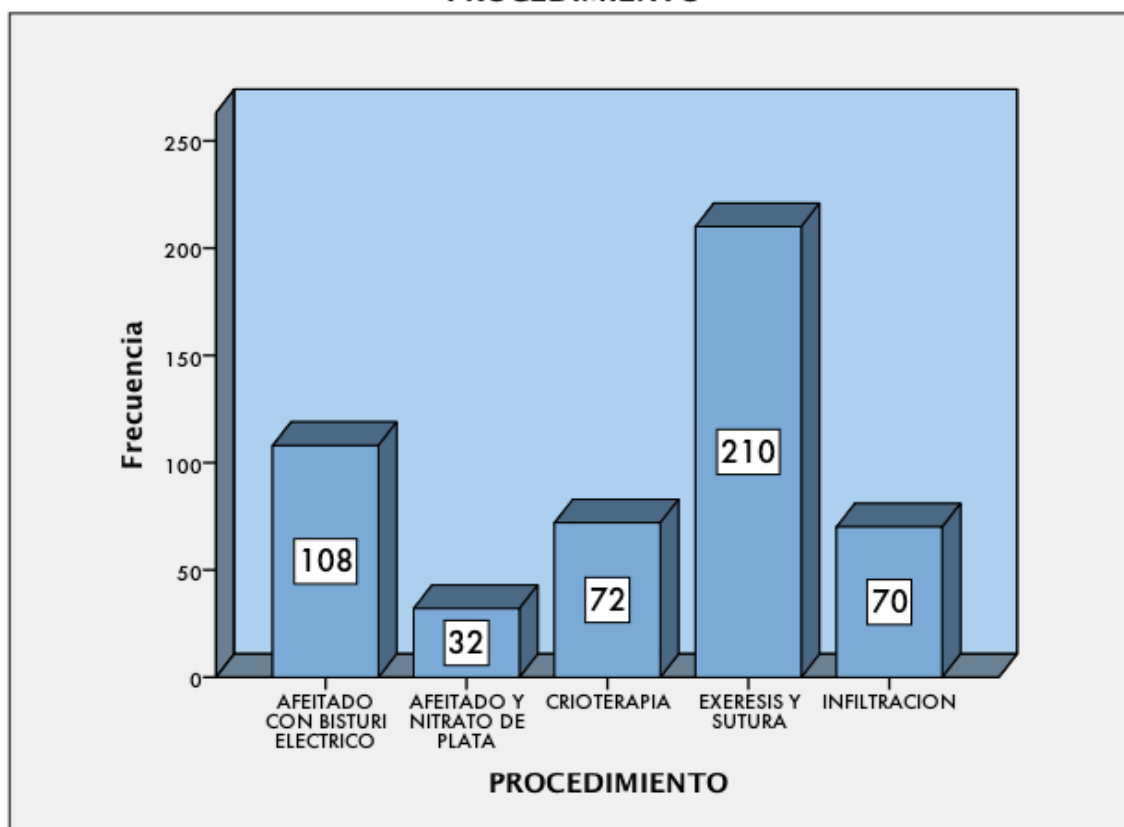
DIAGNOSTICO



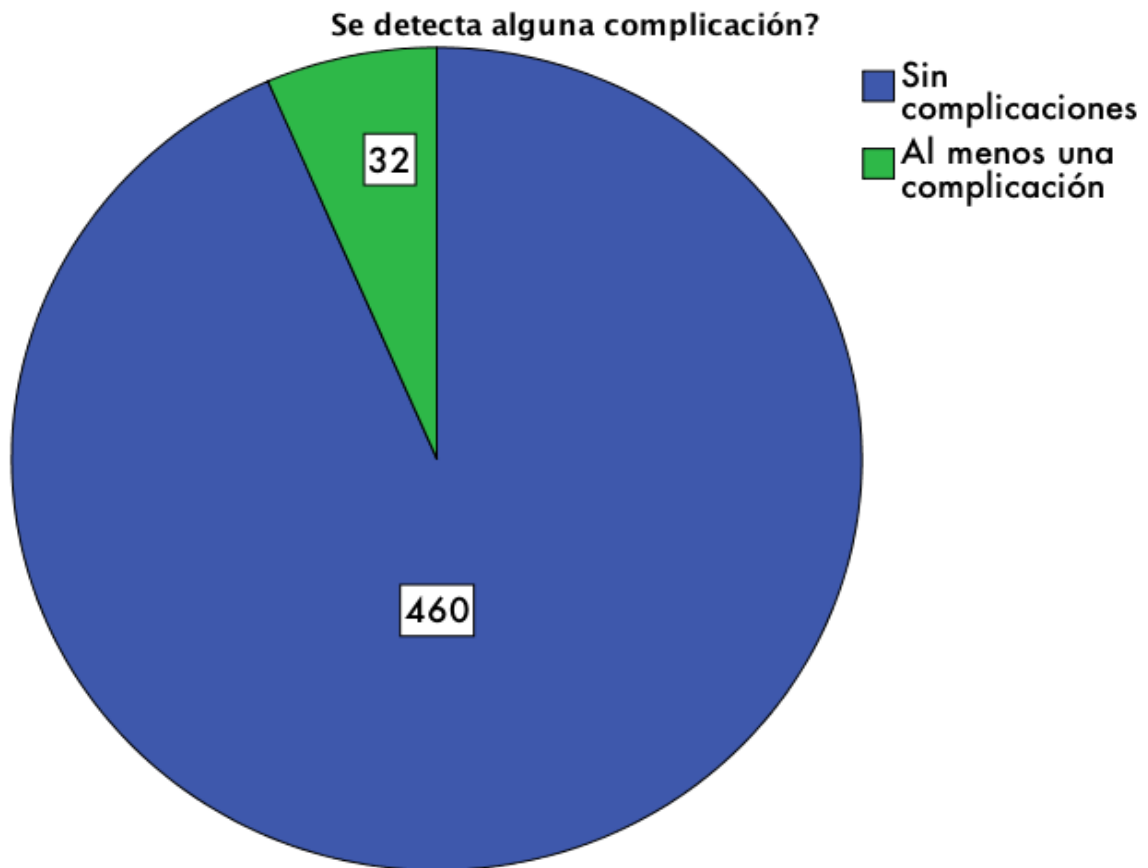
PROCEDIMIENTO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
AFEITADO CON BISTURI ELECTRICO	108	22,0	22,0	22,0
AFEITADO Y NITRATO DE PLATA	32	6,5	6,5	28,5
CRIOTERAPIA	72	14,6	14,6	43,1
EXERESIS Y SUTURA	210	42,7	42,7	85,8
INFILTRACION	70	14,2	14,2	100,0
Total	492	100,0	100,0	

PROCEDIMIENTO



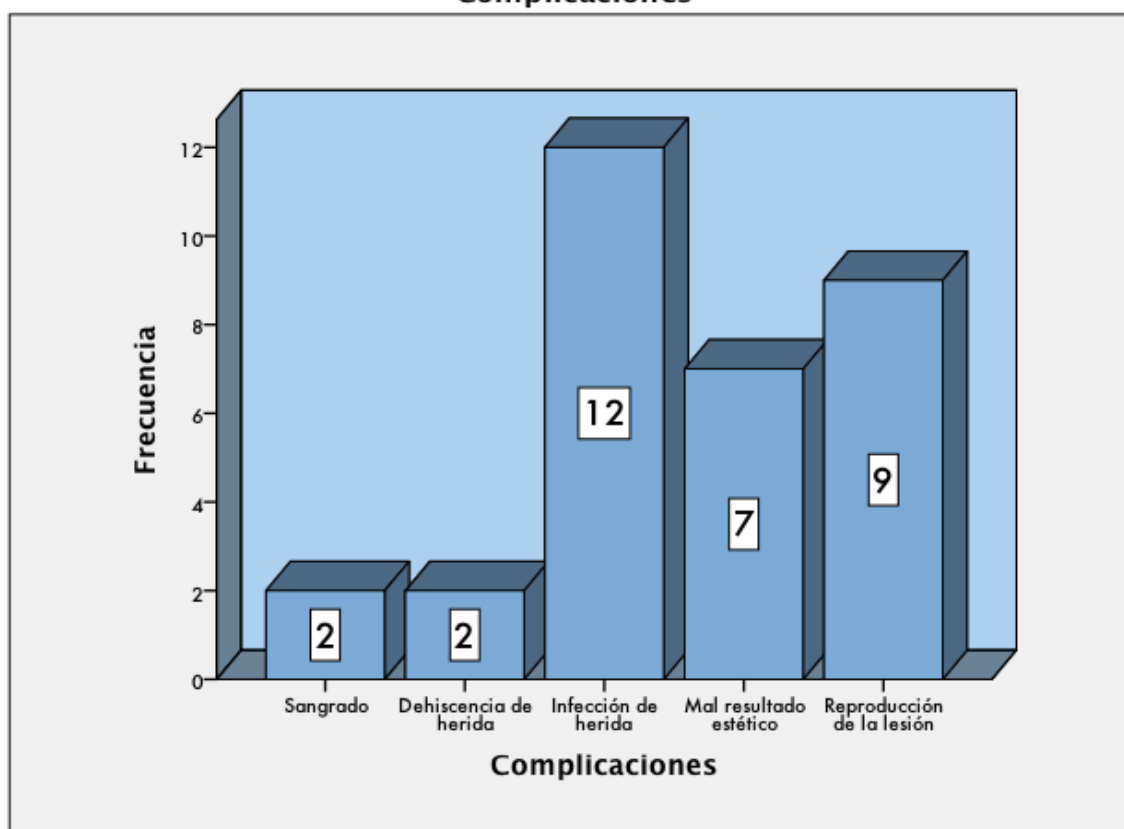
Se detecta alguna complicación?				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin complicaciones	460	93,5	93,5	93,5
Al menos una complicación	32	6,5	6,5	100,0
Total	492	100,0	100,0	



Complicaciones

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sangrado	2	,4	6,3	6,3
Dehiscencia de herida	2	,4	6,3	12,5
Infección de herida	12	2,4	37,5	50,0
Mal resultado estético	7	1,4	21,9	71,9
Reproducción de la lesión	9	1,8	28,1	100,0
Total	32	6,5	100,0	
Sin complicaciones	460	93,5		
Total	492	100,0		

Complicaciones



Causas de la complicación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin complicaciones	486	98,8	98,8	98,8
Cicatriz queloidea	1	,2	,2	99,0
Hemostasia incorrecta	1	,2	,2	99,2
Infección de la herida	1	,2	,2	99,4
Lesión fuera límites incluso	1	,2	,2	99,6
Mal resultado estético	1	,2	,2	99,8
Restos de lesión	1	,2	,2	100,0
Total	492	100,0	100,0	

Ninguna de las complicaciones se consideró evitable mediante la aplicación del Listado de Verificación Quirúrgica

Quién detecta la complicación?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Enfermería en revisión	5	1,0	15,6	15,6
Médico en revisión	8	1,6	25,0	40,6
El paciente	19	3,9	59,4	100,0
Total	32	6,5	100,0	
Sin complicaciones	460	93,5		
Total	492	100,0		

Método de resolución de la complicación

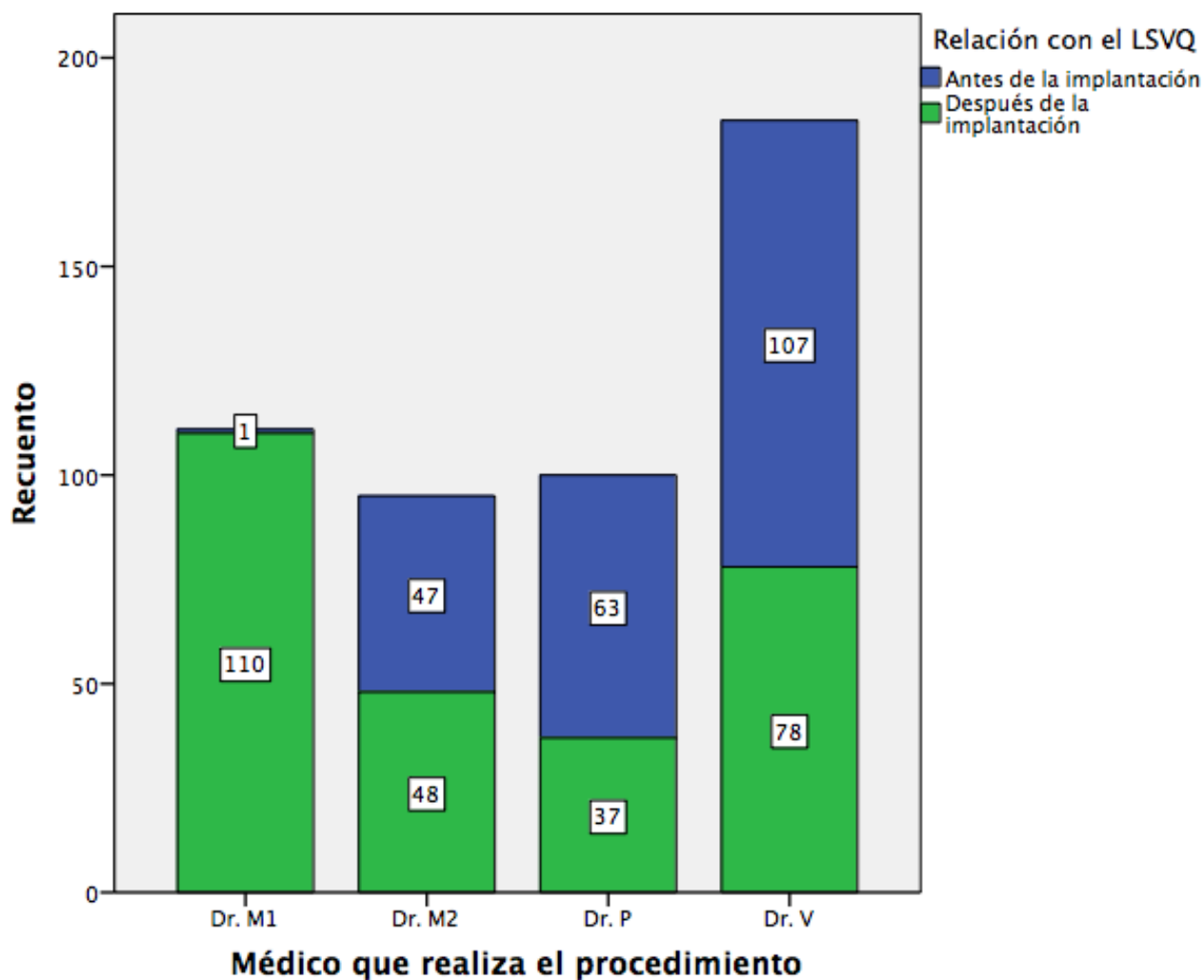
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No Complicación	6	1,2	18,8	18,8
Curas por enfermería	9	1,8	28,1	46,9
Tratamiento médico	5	1,0	15,6	62,5
Derivación a otro centro	2	,4	6,3	68,8
Reintervención	9	1,8	28,1	96,9
No se resuelve	1	,2	3,1	100,0
Total	32	6,5	100,0	
Sin complicaciones	460	93,5		
Total	492	100,0		

Cumpla criterios de inclusión en el programa de Cirugía Menor

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	1	,2	,2	,2
Si	491	99,8	99,8	100,0
Total	492	100,0	100,0	

Médico que realiza el procedimiento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Dr. M1	111	22,6	22,6	22,6
Dr. M2	95	19,3	19,3	42,0
Dr. P	100	20,3	20,4	62,3
Dr. V	185	37,6	37,7	100,0
Total	491	99,8	100,0	
No registrado	1	,2		
Total	492	100,0		



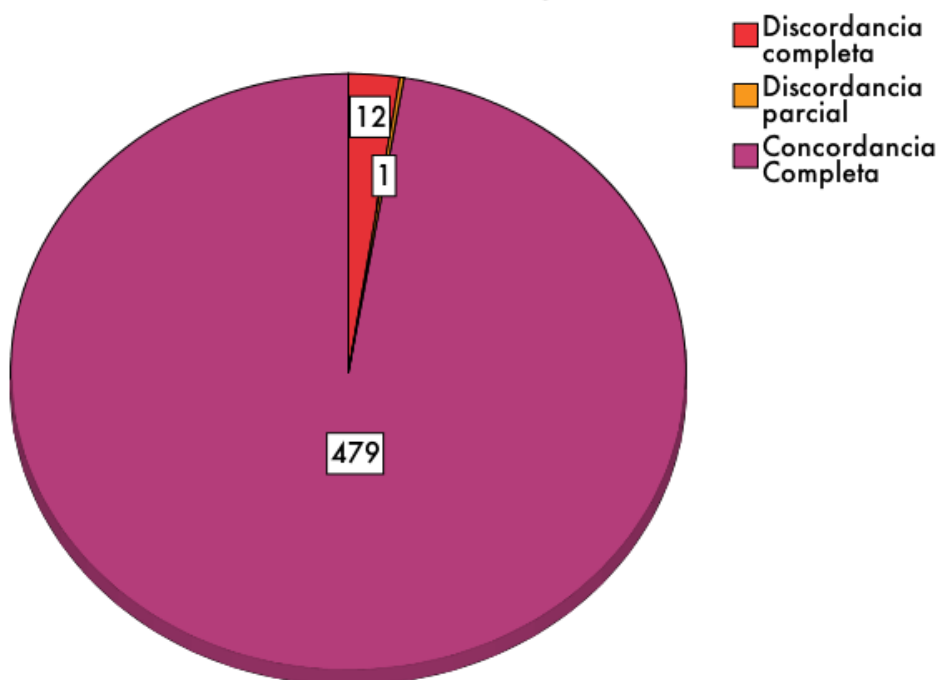
Médico que realiza el seguimiento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Dr.C	1	,2	,2	,2
Dr.D	28	5,7	5,7	5,9
Dr.G	63	12,8	12,8	18,7
Dr.M3	37	7,5	7,5	26,2
Dr.M2	63	12,8	12,8	39,0
Dr.O	22	4,5	4,5	43,5
Dr.P	101	20,5	20,5	64,0
Dr.P1	2	,4	,4	64,4
Dr.P2	1	,2	,2	64,6
Dr.R	66	13,4	13,4	78,0
Dr.R1	51	10,4	10,4	88,4
Dr.M4	2	,4	,4	88,8
Dr.P3	52	10,6	10,6	99,4
Dr.V	3	,6	,6	100,0
Total	492	100,0	100,0	

Grado de concordancia Registro/Entrevista

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Discordancia completa	12	2,4	2,4	2,4
Discordancia parcial	1	,2	,2	2,6
Concordancia Completa	479	97,4	97,4	100,0
Total	492	100,0	100,0	

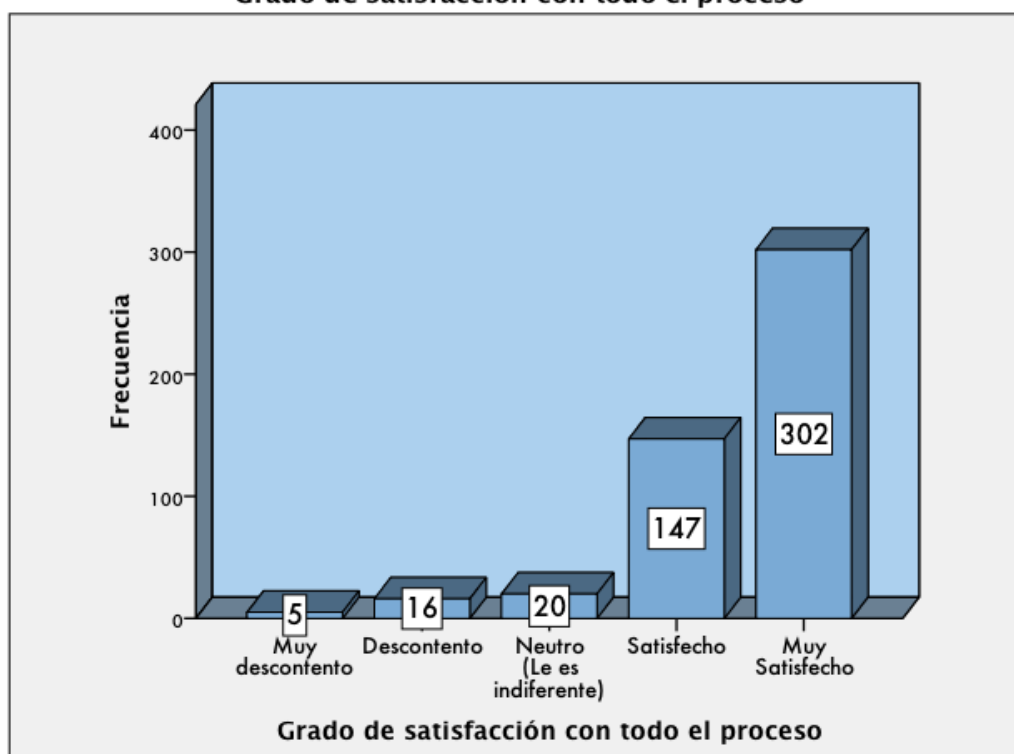
Grado de concordancia Registro/Entrevista



Grado de satisfacción con todo el proceso

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy descontento	5	1,0	1,0	1,0
Descontento	16	3,3	3,3	4,3
Neutro (Le es indiferente)	20	4,1	4,1	8,4
Satisfecho	147	29,9	30,0	38,4
Muy Satisfecho	302	61,4	61,6	100,0
Total	490	99,6	100,0	
No registrado	2	,4		
Total	492	100,0		

Grado de satisfacción con todo el proceso



ANALISIS DE HOMOGENEIDAD DE LAS MUESTRAS

Tabla de contingencia

Recuento		Relación con el LSVQ		Total
		Antes de la implantación	Después de la implantación	
Sexo	Varón	87	120	207
	Mujer	131	154	285
Total		218	274	492

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,753 ^a	1	,386		
Corrección por continuidad ^b	,602	1	,438		
Razón de verosimilitudes	,754	1	,385		
Estadístico exacto de Fisher				,409	,219
Asociación lineal por lineal	,751	1	,386		
N de casos válidos	492				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 91,72.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

La distribución por sexos de los pacientes es homogénea en ambos grupos, por lo que no existe razón por esta causa que impida la comparación.

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de EDAD es la misma entre las categorías de Relación con el LSVQ.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,114	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Ambas muestras son homogéneas en cuanto a edad, según la aplicación de las pruebas no paramétricas u de Mann-Whitney para muestras independientes.

Tabla de contingencia

Recuento		Relación con el LSVQ		Total
		Antes de la implantación	Después de la implantación	
Médico que realiza el procedimiento	Dr. M1	1	110	111
	Dr. M2	47	48	95
	Dr. P	63	37	100
	Dr. V	107	78	185
Total		218	273	491

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	113,617 ^a	3	,000
Razón de verosimilitudes	147,708	3	,000
Asociación lineal por lineal	79,835	1	,000
N de casos válidos	491		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 42,18.

Si existen diferencias significativas en cuanto a la distribución de los procedimientos según el médico que los ha realizado antes y después de la implantación del LVSQ, debido a la incorporación más tardía al equipo del Dr. M1 (ha realizado prácticamente toda su actividad tras la implantación del LVSQ). Ello podría suponer un sesgo de selección de la muestra, al no ser homogéneas en cuanto al médico que realiza el procedimiento. De hecho, existen diferencias significativas en la tasa de complicaciones según el médico que realiza el procedimiento. Sin embargo el porcentaje de complicaciones presentado por el Dr. M1 (1,8%) descarta la posible influencia que pudiera presentarse por esta ausencia de homogeneidad entre ambos grupos de comparación.

Tabla de contingencia

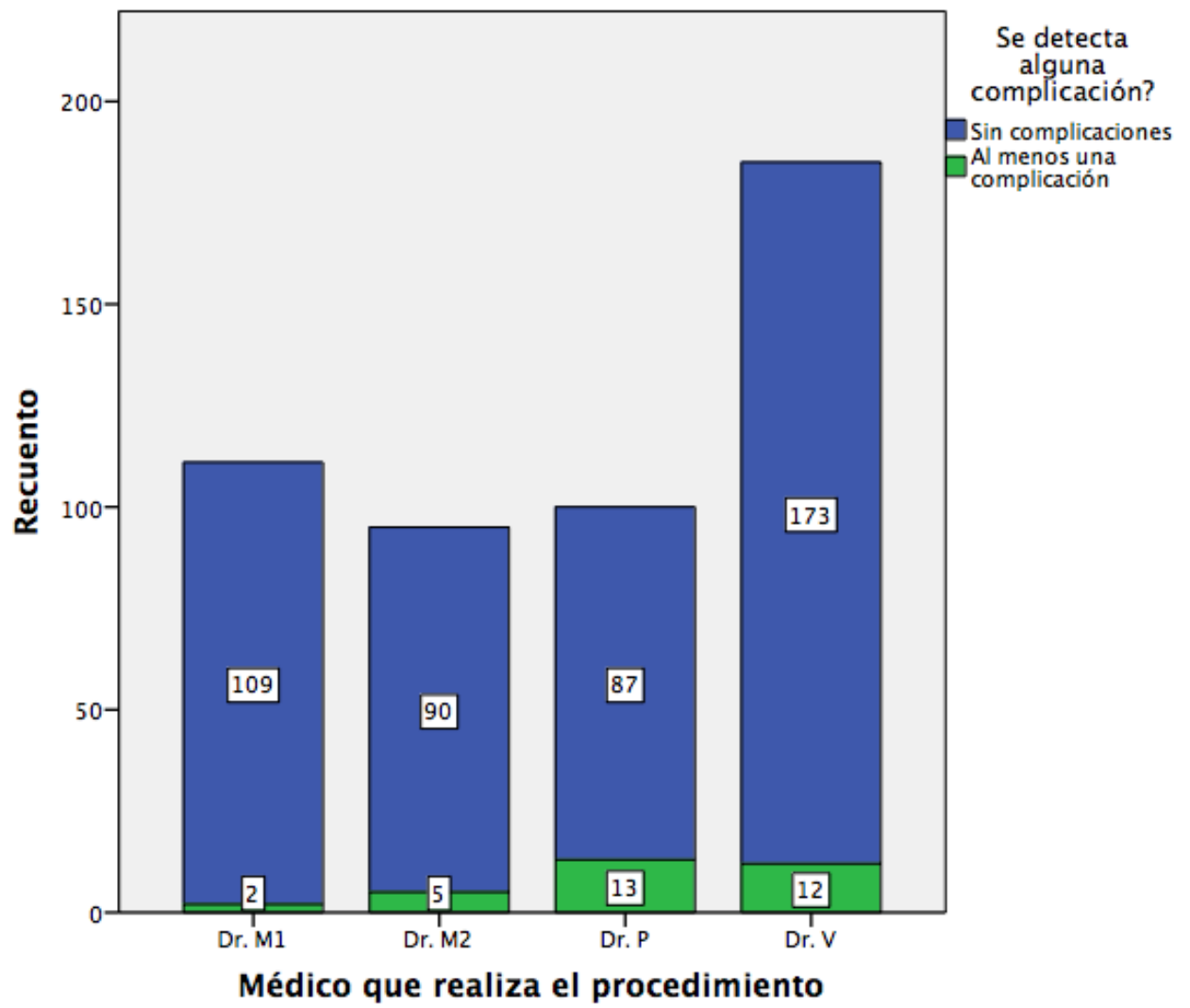
Recuento		Relación con el LSVQ		Total
		No presenta complicaciones	Presenta al menos una complicación	
Médico que realiza el procedimiento	Dr. M1	109 _a (98,2%)	2 _b (1,8%)	111
	Dr. M2	90 _a (94,7%)	5 _a (5,3%)	95
	Dr. P	87 _a (87,0%)	13 _b (13,0%)	100
	Dr. V	173 _a (93,5%)	12 _a (6,5%)	185
Total		459 (93,5%)	32 (6,5%)	491

Cada letra de subíndice indica un subconjunto de Se detecta alguna complicación? categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel ,05.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,195 ^a	3	,011
Razón de verosimilitudes	11,295	3	,010
Asociación lineal por lineal	3,203	1	,074
N de casos válidos	491		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,19.



Se detecta alguna complicación? * Relación con el LSVQ

Tabla de contingencia Relación con el LSVQ * Se detecta alguna complicación?

	Se detecta alguna complicación?		Total
	Sin complicaciones	Al menos una complicación	
Antes de la implantación	197 ^a (90,4%)	21 ^b (9,6%)	218 (100,0%)
Después de la implantación	263 ^a (96,0%)	11 ^b (4,0%)	274 (100,0%)
Total	460 (93,5%)	32 (6,5%)	492 (100,0%)

Cada letra de subíndice indica un subconjunto de Se detecta alguna complicación? categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel ,05.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,302 ^a	1	,012		
Corrección por continuidad ^b	5,412	1	,020		
Razón de verosimilitudes	6,292	1	,012		
Estadístico exacto de Fisher				,016	,010
Asociación lineal por lineal	6,289	1	,012		
N de casos válidos	492				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 14,18.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre la tasa de complicaciones antes y después de la implantación del LVSQ, de modo que antes de la implantación del LVSQ se complicaba un porcentaje mayor de pacientes.

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Días que tarda en resolverse complicación es la misma entre las categorías de Relación con el LSVQ.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,177 ¹	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de Días para reincorporación a actividad normal es la misma entre las categorías de Relación con el LSVQ.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,411 ¹	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

¹Se muestra la significancia exacta para esta prueba.

Relación con el LSVQ		Días que tarda en resolverse complicación	Días para reincorporación a actividad normal
Antes de la implantación	Media	13,82	5,76
	Desv. típ.	17,611	14,304
	Mínimo	0	0
	Máximo	60	60
Después de la implantación	Media	26,75	17,73
	Desv. típ.	22,531	25,036
	Mínimo	2	0
	Máximo	60	60
Total	Media	19,26	9,88
	Desv. típ.	20,317	19,171
	Mínimo	0	0
	Máximo	60	60

A pesar de que la media de días que tarda en resolverse una complicación antes de la implantación es casi la mitad que los que tarda en hacerlo después de la implantación del LVSQ, al igual que ocurre en el número de días para la reincorporación a la actividad normal, no hay significación estadística en esta diferencia, según el análisis mediante pruebas no paramétricas (U-Mann-Whitney), el cual determina que no existen diferencias entre el número de días que tarda en resolverse una complicación antes o después de la implantación del LVSQ, al igual que tampoco existen diferencias entre el tiempo de reincorporación a la actividad normal antes o después del LVSQ.

Tabla de contingencia
Se detecta alguna complicación? * DIAGNOSTICO * Relación con el LSVQ
 Total (antes y después del LVSQ)

	Se detecta alguna complicación?				Total	
	Sin complicaciones		Al menos una complicación		n	%
	n	%	N	%		
ACROCORDOMA	15 _{a, b, c}	3,3%	0 _{a, b, c}	0,0%	15	3,0%
CUERNO CUTANEO	8 _{a, b, c}	1,7%	0 _{a, b, c}	0,0%	8	1,6%
DERMATOFIBROMA	4 _{a, b, c}	0,9%	0 _{a, b, c}	0,0%	4	0,8%
EPICONDILITIS	1 _{a, b, c}	0,2%	0 _{a, b, c}	0,0%	1	0,2%
ESPOLON CALCANEO	1 _{a, b, c}	0,2%	0 _{a, b, c}	0,0%	1	0,2%
FIBROMA	117 _c	25,4%	4 _c	12,5%	121	24,6%
GONALGIA	6 _{a, b, c}	1,3%	0 _{a, b, c}	0,0%	6	1,2%
HIPERQUERATOSIS	1 _{a, b, c}	0,2%	0 _{a, b, c}	0,0%	1	0,2%
HISTIOCITOMA	1 _{a, b, c}	0,2%	0 _{a, b, c}	0,0%	1	0,2%
LIPOMA	20 _{a, b, c}	4,3%	2 _{a, b, c}	6,2%	22	4,5%
LOBULO AURICULAR RASGADO	3 _b	0,7%	4 _b	12,5%	7	1,4%
MOLLUSCUM	2 _{a, b, c}	0,4%	0 _{a, b, c}	0,0%	2	0,4%
NEVUS	76 _{a, c}	16,5%	5 _{a, c}	15,6%	81	16,5%
OMALGIA	13 _{a, b, c}	2,8%	1 _{a, b, c}	3,1%	14	2,8%
PAPILOMA	3 _{a, b, c}	0,7%	0 _{a, b, c}	0,0%	3	0,6%
QUELOIDE	1 _{a, b, c}	0,2%	0 _{a, b, c}	0,0%	1	0,2%
QUERATOSIS SEBORREICA	8 _{a, b, c}	1,7%	0 _{a, b, c}	0,0%	8	1,6%
QUISTE EPIDERMICO	1 _{a, b, c}	0,2%	0 _{a, b, c}	0,0%	1	0,2%
QUISTE SEBACEO	46 _{a, b, c}	10,0%	8 _{a, b, c}	25,0%	54	11,0%
TALALGIA	5 _{a, b, c}	1,1%	0 _{a, b, c}	0,0%	5	1,0%
TENDINITIS	38 _{a, b, c}	8,3%	3 _{a, b, c}	9,4%	41	8,3%
TROCANTERITIS	1 _{a, b, c}	0,2%	0 _{a, b, c}	0,0%	1	0,2%
VERRUGA	89 _{a, c}	19,3%	5 _{a, c}	15,6%	94	19,1%
Total	460	100,0%	32	100,0%	492	100,0%

Cada letra de subíndice indica un subconjunto de DIAGNOSTICO categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel ,05.

Tabla de contingencia
Se detecta alguna complicación? * DIAGNOSTICO * Relación con el LSVQ

	Antes de la implantación				Total	
	Sin complicaciones		Al menos una complicación		n	%
	n	%	n	%		
CUERNO CUTANEO	5 _{a, b, c}	2,5%	0 _{a, b, c}	0,0%	5	2,3%
FIBROMA	59 _c	29,9%	2 _c	9,5%	61	28,0%
LIPOMA	8 _{a, b, c}	4,1%	2 _{a, b, c}	9,5%	10	4,6%
LOBULO AURICULAR RASGADO	1 _b	0,5%	3 _b	14,3%	4	1,8%
MOLLUSCUM	1 _{a, b, c}	0,5%	0 _{a, b, c}	0,0%	1	0,5%
NEVUS	36 _{a, c}	18,3%	3 _{a, c}	14,3%	39	17,9%
OMALGIA	1 _{a, b, c}	0,5%	0 _{a, b, c}	0,0%	1	0,5%
PAPILOMA	2 _{a, b, c}	1,0%	0 _{a, b, c}	0,0%	2	0,9%
QUISTE EPIDERMICO	1 _{a, b, c}	0,5%	0 _{a, b, c}	0,0%	1	0,5%
QUISTE SEBACEO	19 _{a, b, c}	9,6%	5 _{a, b, c}	23,8%	24	11,0%
TALALGIA	1 _{a, b, c}	0,5%	0 _{a, b, c}	0,0%	1	0,5%
TENDINITIS	35 _{a, c}	17,8%	3 _{a, c}	14,3%	38	17,4%
TROCANTERITIS	1 _{a, b, c}	0,5%	0 _{a, b, c}	0,0%	1	0,5%
VERRUGA	27 _{a, b, c}	13,7%	3 _{a, b, c}	14,3%	30	13,8%
Total	197	100,0%	21	100,0%	218	100,0%

	Después de la implantación				Total	
	Se detecta alguna complicación?				n	%
	Sin complicaciones		Al menos una complicación			
	n	%	n	%		
ACROCORDOMA	15 _a	5,7%	0 _a	0,0%	15	5,5%
CUERNO CUTANEO	3 _a	1,1%	0 _a	0,0%	3	1,1%
DERMATOFIBROMA	4 _a	1,5%	0 _a	0,0%	4	1,5%
EPICONDILITIS	1 _a	0,4%	0 _a	0,0%	1	0,4%
ESPOLON CALCANEO	1 _a	0,4%	0 _a	0,0%	1	0,4%
FIBROMA	58 _a	22,1%	2 _a	18,2%	60	21,9%
GONALGIA	6 _a	2,3%	0 _a	0,0%	6	2,2%
HIPERQUERATOSIS	1 _a	0,4%	0 _a	0,0%	1	0,4%
HISTIOCITOMA	1 _a	0,4%	0 _a	0,0%	1	0,4%
LIPOMA	12 _a	4,6%	0 _a	0,0%	12	4,4%
LOBULO AURICULAR RASGADO	2 _a	0,8%	1 _a	9,1%	3	1,1%
MOLLUSCUM	1 _a	0,4%	0 _a	0,0%	1	0,4%
NEVUS	40 _a	15,2%	2 _a	18,2%	42	15,3%
OMALGIA	12 _a	4,6%	1 _a	9,1%	13	4,7%
PAPILOMA	1 _a	0,4%	0 _a	0,0%	1	0,4%
QUELOIDE	1 _a	0,4%	0 _a	0,0%	1	0,4%
QUERATOSIS SEBORREICA	8 _a	3,0%	0 _a	0,0%	8	2,9%
QUISTE SEBACEO	27 _a	10,3%	3 _a	27,3%	30	10,9%
TALALGIA	4 _a	1,5%	0 _a	0,0%	4	1,5%
TENDINITIS	3 _a	1,1%	0 _a	0,0%	3	1,1%
VERRUGA	62 _a	23,6%	2 _a	18,2%	64	23,4%
Total	263	100,0%	11	100,0%	274	100,0%

Cada letra de subíndice indica un subconjunto de DIAGNOSTICO categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel ,05.

Pruebas de chi-cuadrado

		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Relación con el LSVQ	Chi-cuadrado de Pearson	28,741^b	13	,007
	Razón de verosimilitudes	19,865	13	,099
	Asociación lineal por lineal	1,311	1	,252
	N de casos válidos	218		
Antes de la implantación	Chi-cuadrado de Pearson	12,795^c	20	,886
	Razón de verosimilitudes	10,494	20	,958
	Asociación lineal por lineal	,535	1	,465
	N de casos válidos	274		
Después de la implantación	Chi-cuadrado de Pearson	42,249^a	22	,006
	Razón de verosimilitudes	28,084	22	,173
	Asociación lineal por lineal	2,061	1	,151
	N de casos válidos	492		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	42,249^a	22	,006
	Razón de verosimilitudes	28,084	22	,173
	Asociación lineal por lineal	2,061	1	,151
	N de casos válidos	492		

a. 31 casillas (67,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,07.

b. 21 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,10.

c. 33 casillas (78,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,04.

Al analizar la relación existente entre el diagnóstico y la tasa de complicaciones se aprecia que no hay relación estadísticamente significativa tras la implantación del LVSQ, aunque si la hay antes y comparando toda la serie de manera global.

Sin embargo, no se detectan diferencias en las complicaciones según el procedimiento, tanto antes como después de implantar el LVSQ, así como del total de la serie.

Tabla de contingencia
Se detecta alguna complicación? * PROCEDIMIENTO * Relación con el LSVQ
Total (antes y después del LVSQ)

	Sin complicaciones				Al menos una complicación		Total	
	N		%		N		%	
	N	%	N	%	N	%	N	%
AFEITADO CON BISTURI ELECTRICO	105 _a	22,8%	3 _a	9,4%	108	22,0%		
AFEITADO Y NITRATO DE PLATA	29 _a	6,3%	3 _a	9,4%	32	6,5%		
CRIOTERAPIA	69 _a	15,0%	3 _a	9,4%	72	14,6%		
EXERESIS Y SUTURA	191 _a	41,5%	19 _a	59,4%	210	42,7%		
INFILTRACION	66 _a	14,3%	4 _a	12,5%	70	14,2%		
Total	460	100,0%	32	100,0%	492	100,0%		

	Sin complicaciones				Al menos una complicación		Total	
	N		%		N		%	
	N	%	N	%	N	%	N	%
AFEITADO CON BISTURI ELECTRICO	64 _a	32,5%	2 _a	9,5%	66	30,3%		
AFEITADO Y NITRATO DE PLATA	9 _a	4,6%	0 _a	0,0%	9	4,1%		
CRIOTERAPIA	9 _a	4,6%	2 _a	9,5%	11	5,0%		
EXERESIS Y SUTURA	77 _a	39,1%	14 _a	66,7%	91	41,7%		
INFILTRACION	38 _a	19,3%	3 _a	14,3%	41	18,8%		
Total	197	100,0%	21	100,0%	218	100,0%		

	Se detecta alguna complicación?				Total	
	Sin complicaciones		Al menos una complicación		N	
	N	%	N	%	N	%
AFEITADO CON BISTURI ELECTRICO	41 _a	15,6%	1 _a	9,1%	42	15,3%
AFEITADO Y NITRATO DE PLATA	20 _a	7,6%	3 _a	27,3%	23	8,4%
CRIOTERAPIA	60 _a	22,8%	1 _a	9,1%	61	22,3%
EXERESIS Y SUTURA	114 _a	43,3%	5 _a	45,5%	119	43,4%
INFILTRACION	28 _a	10,6%	1 _a	9,1%	29	10,6%
Total	263	100,0%	11	100,0%	274	100,0%

Cada letra de subíndice indica un subconjunto de PROCEDIMIENTO categorías cuyas proporciones de columna no difieren significativamente entre sí en el nivel ,05.

Pruebas de chi-cuadrado

Relación con el LSVQ		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Antes de la implantación	Chi-cuadrado de Pearson	8,899^b	4	,064
	Razón de verosimilitudes	10,230	4	,037
	Asociación lineal por lineal	3,646	1	,056
	N de casos válidos	218		
Después de la implantación	Chi-cuadrado de Pearson	6,085^c	4	,193
	Razón de verosimilitudes	4,636	4	,327
	Asociación lineal por lineal	,042	1	,838
	N de casos válidos	274		
Total	Chi-cuadrado de Pearson	5,853^a	4	,210
	Razón de verosimilitudes	6,304	4	,178
	Asociación lineal por lineal	2,273	1	,132
	N de casos válidos	492		

a. 3 casillas (30,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,08.

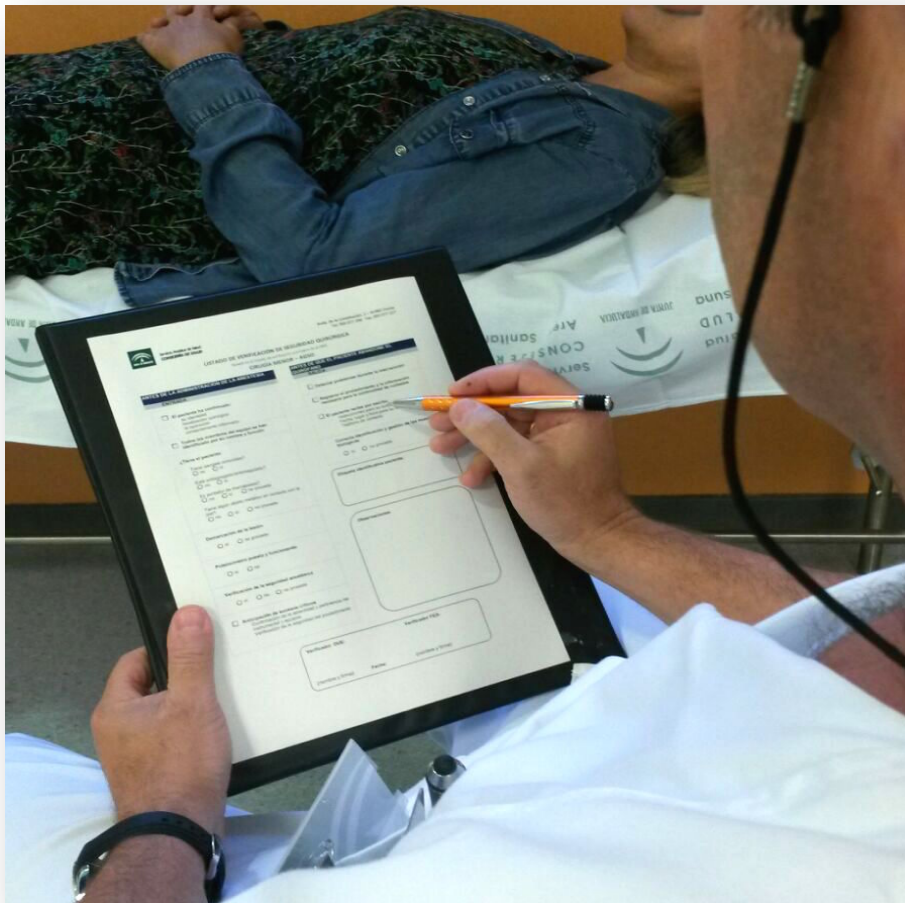
b. 3 casillas (30,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,87.

c. 5 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,92.

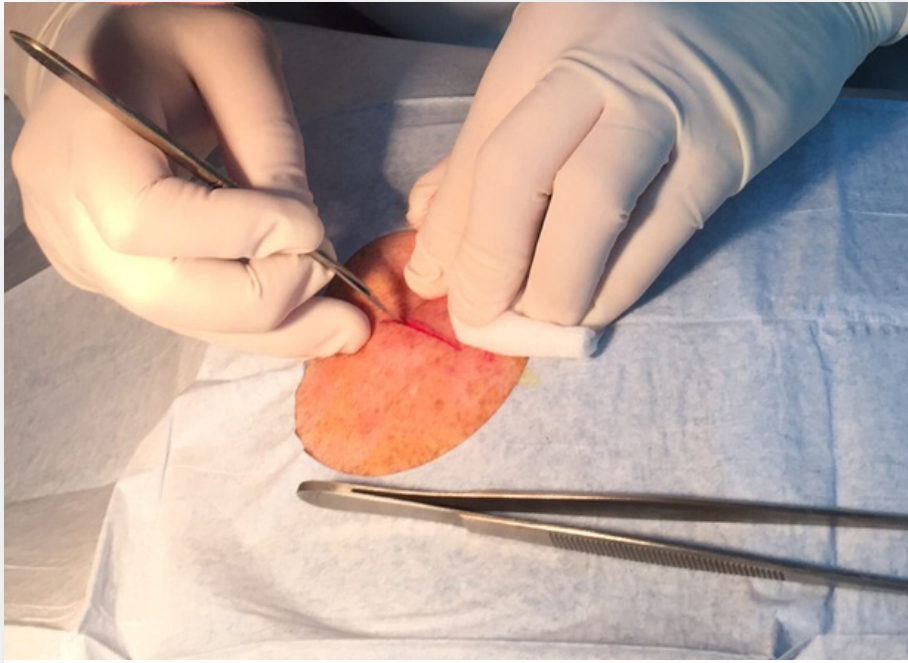
FOTOGRAFÍAS DEL PROGRAMA



Fotografía 1: Sala de Cirugía Menor



Fotografía 2: Verificación preoperatoria



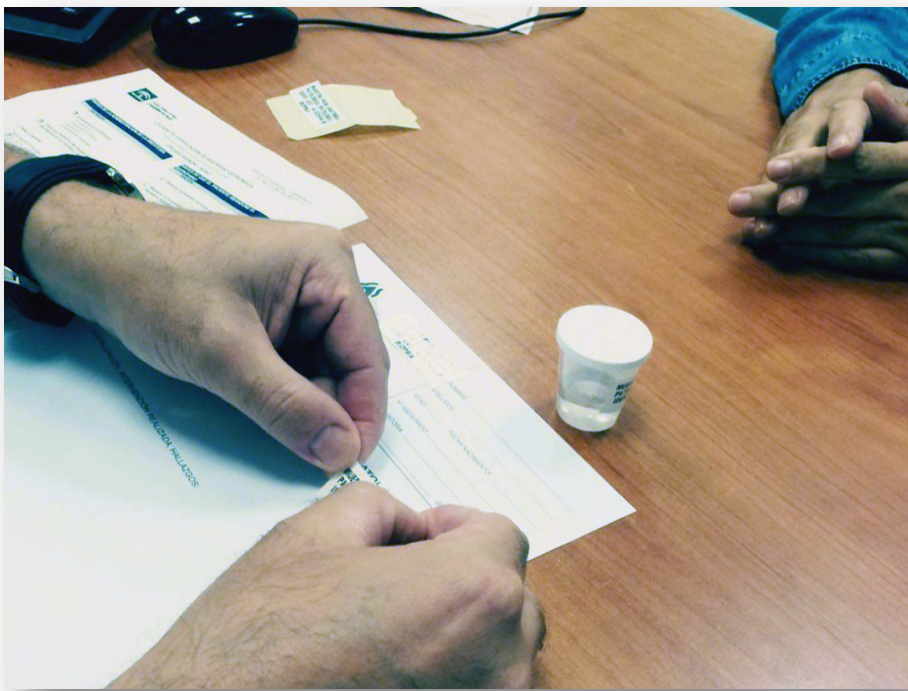
Fotografía 3: Incisión Cutánea



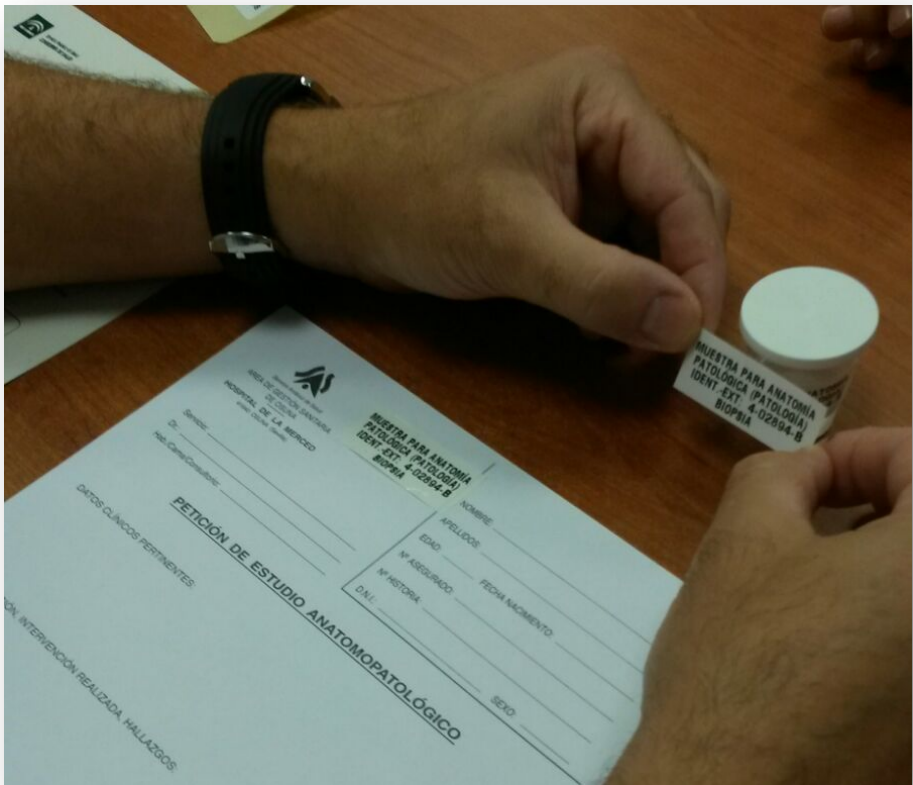
Fotografía 4: Sutura



Fotografía 5: Muestra para Anatomía Patológica



Fotografía 6: Etiquetado de formulario AP



Fotografía 7: Etiquetado muestra AP (Coincidente con formulario)

DISCUSIÓN

La llegada de la Cirugía Menor a la atención primaria es un gran cambio en la asistencia sanitaria, que supone facilitar a la población el acceso a una serie de técnicas quirúrgicas, en teoría más sencillas, pero no por ello menos necesarias.

Las ventajas son múltiples, tales como la disminución de la carga asistencial en las consultas quirúrgicas hospitalarias de patologías banales, lo cual permite dedicar más tiempo a enfermedades de mayor complejidad técnica, y que requieren tratamiento preferentemente hospitalario.(35),(36),(37) En definitiva: una mejora de la accesibilidad tanto a consultas diagnósticas como al tratamiento. Además evita el desplazamiento al hospital, fundamentalmente en pacientes de poblaciones sujetas a importante dispersión geográfica, y con escasos medios económicos. Se suma a ello, un aumento de la capacidad resolutive de este nivel sanitario, con resultados clínicos satisfactorios y muy baja incidencia de complicaciones. Esta actividad permite que los profesionales realicen una actividad amena y gratificante, al ampliar sus posibilidades diagnósticas y terapéuticas.

En un intento de homogenizar nuestros resultados con otros autores, basándonos en una selección de pacientes parecida, hemos de referir que existe una amplia variabilidad entre los diferentes estudios publicados y el nuestro, lo cual podría justificar los diferentes resultados encontrados. De mayor a menor frecuencia, realizamos exéresis de fibromas, verrugas, nevus, quiste sebáceos, infiltraciones, lipomas, cuerno cutáneo, molluscum, lóbulo pabellón auricular rasgado y queratosis seborreica. Trabajos como el de S.L.Gómez,(38) donde su principal técnica es la infiltración, que alcanza el 34,1%, o el estudio de Gascon(39) con porcentajes similares lógicamente deberían de obtener una tasa de complicaciones previsible menor, al ser procedimientos menos complejos. Pero en cualquier caso, todos cumplen criterios similares de selección para programas de cirugía menor.

Analizando los procedimientos quirúrgicos elegidos y comparando los realizados en nuestro estudio con los de Tárraga y Arroyo Sebastian,(35),(37) no existen diferencias en cuanto a la variabilidad y elección de los mismos, con una distribución de diagnósticos prácticamente similar. Si valoramos las lesiones tratadas, son casi las mismas, si bien hay que tener en cuenta, que las lesiones a extirpar en atención primaria son limitadas y homogéneas en dicho ámbito asistencial. El procedimiento realizado con mayor frecuencia, según comenta Aganzo-López(40) es la biopsia por rebanado y electrodesecación superficial, mientras que en otros trabajos(41),(42),(43),(44) y en nuestro estudio prevalece la técnica de exéresis y sutura en un 42,7%, siendo esta técnica muy inferior en el de Aganzo-López, aunque el rebanado ocupa en nuestra serie el segundo lugar. La causa no necesariamente se debe a diferencias en las lesiones tratadas, sino que también puede ser debida a la utilización de diferentes procedimientos, igualmente válidos, para los mismos procesos, pues a pesar de que esta última deja habitualmente menos cicatriz y está casi exenta de riesgo quirúrgico al trabajar sobre planos superficiales, tiene limitaciones para determinados tipos de lesiones más profundas, por ejemplo, que no respeta márgenes, como el mismo Aganzo Serra refiere, además de no permitir el estudio anatomopatológico. Por el contrario, hay autores que ni siquiera mencionan esta técnica en sus trabajos(35),(42),(43)

Desde 2005 se viene desarrollando por parte de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud una estrategia dirigida a la mejora de la seguridad. Como objetivos específicos, entre otros, se encuentran: promover el conocimiento y la cultura de seguridad entre los profesionales y los pacientes, diseñar y establecer sistemas de información y notificación de eventos adversos, e implantar prácticas seguras.(45) Del mismo modo, algunos autores(10),(46) coinciden en señalar, que es necesario alcanzar un consenso entre expertos, políticos y ciudadanos, para poder así conseguir una asistencia más segura, con la instauración de una cultura que fomente el conocimiento y el análisis de errores, imprescindibles para una adecuada atención al paciente.

Promover la cultura en Seguridad del Paciente exige conocer la opinión y la percepción que los profesionales y los pacientes tienen sobre la seguridad de los servicios sanitarios, desarrollar programas de formación específicos y difundir los conocimientos existentes sobre la evidencia, para prevenir y reducir los errores debidos a la asistencia sanitaria.

Los eventos adversos suponen un daño en la calidad de vida del paciente y elevados costes directos e indirectos. Estos eventos, son por definición evitables, por lo que es nuestra obligación realizar todas las medidas disponibles para mitigar su aparición.

Entendemos que, aunque la cirugía menor, al consistir en procedimientos de menor complejidad, conlleva un riesgo inherente mucho más reducido que la Cirugía Mayor, no está exenta de complicaciones, por lo que se plantea la necesidad de establecer un procedimiento de verificación de seguridad que, si bien ha de ser lo más completo posible, quizá no deba ser tan exhaustivo como en los procedimientos más complejos. En realidad, el Listado de Verificación Quirúrgica en cirugía menor pretende, básicamente, el mismo objetivo que en cualquier cirugía, es decir: prevenir, mitigar o afrontar adecuadamente las consecuencias derivadas de un incidente adverso, en último extremo, como consecuencia de la práctica de dicho procedimiento.

Desde nuestro punto de vista, en el momento de la verificación no existe la necesidad de que todos los miembros del equipo se presenten. Esta puesta en escena puede ser necesaria en equipos multidisciplinares o en grupos de trabajo compuestos por numerosos miembros. En nuestro ámbito son dos los miembros que conforman el equipo, y habitualmente no sólo se conocen perfectamente los profesionales, sino que el propio enfermo les conoce en persona. Sólo en situaciones excepcionales habrá que formalizar la presentación.

Analizando la aplicación del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica en nuestra zona, entendemos que no precisa la inclusión de tantos registros como los que necesita un procedimiento de cirugía mayor. En aquellos casos en los que la complejidad de la intervención requiere del ámbito hospitalario, al ser previsible un mayor número de complicaciones, parece razonable la verificación de más parámetros necesarios para la seguridad del paciente. Por esa razón, somos partidarios de ampliar, disminuir o modificar los parámetros a verificar en el Listado de Verificación de Seguridad, según el ámbito de aplicación.

Entendemos que un diseño simple pero efectivo del LVSQ es la condición esencial para que pueda implantarse en el ámbito de la Atención Primaria, de tal manera que pueda ser utilizado por los profesionales sanitarios con la mayor facilidad de uso posible, menor inversión de tiempo, pero mayor eficacia en la consecución de su finalidad.

García Guerrero y cols.,(47) al revisar una comunicación-póster de Sánchez Holgado, realizado por el SESCAM, al que hace referencia en su discusión, pero no hemos tenido acceso, decidieron realizar su estudio, aplicando la realización del listado de verificación quirúrgica, y la correcta cumplimentación del mismo. Dicho trabajo refiere que al realizar el LVSQ se puede prevenir un 70% de los eventos adversos posibles. De tal modo, consiguieron que sus errores o acontecimientos adversos en la cirugía menor fueran prácticamente inexistentes desde el comienzo de la implantación en el servicio. Al igual que en nuestro trabajo, aparecen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre la tasa de complicaciones antes y después de la implantación del listado de verificación quirúrgica. Después analizar la tasa de complicaciones tras la implantación del LVSQ, se detecta una disminución de las mismas, pero tras una valoración cualitativa se demuestra que son complicaciones inherentes a la realización de dicho procedimiento quirúrgico, y no a los errores en el circuito de seguridad, lo que nos hace cuestionarnos nuestra capacidad de prevenirlos mediante la implantación del Listado de Verificación Quirúrgica y, por tanto

plantearnos la pregunta: ¿eran eventos potencialmente prevenibles gracias al Listado de Verificación Quirúrgica, o realmente se ha debido a la mejora en las competencias del equipo a razón de la experiencia adquirida con el tiempo.?

El listado de verificación de seguridad quirúrgica es una herramienta sumamente útil para la reducción de eventos adversos en un procedimiento quirúrgico. Así lo demuestra el estudio de cohorte de *Effects of the Introduction of the WHO "Surgical Safety Checklist" on In-Hospital Mortality* de W. A. van Klei, que detectó que tras treinta días de aplicación del mismo, la mortalidad disminuyó de un 3,13% a un 2,85%.

De ello se deduce que deberíamos trabajar en el desarrollo de estrategias de prevención mediante la aplicación del LVSQ, aunque pensamos que para su correcta utilización, el diseño tanto del listado en si como del procedimiento de aplicación del mismo, debería estar adaptado al modelo de cirugía que vayamos a realizar. Esta línea, nos lleva al planteamiento de validar determinados criterios de seguridad que, en sí mismos, tendrían mayor impacto en este tipo de cirugía, además de los ya validados para todos los tipos de procedimientos, como son los de identificación del paciente, lateralidad, identificación de muestras, etc.

Resultados como el de Hales,(48) determinan que el uso del listado de verificación de seguridad quirúrgica, se hace necesario como verificador y orientador de los datos, y demuestran la importancia de la implicación de los profesionales en su realización, haciéndose partícipes en todo el proceso de seguridad. Así, podemos entender de la lectura de este trabajo que la cumplimentación del LVSQ se hace primordial, porque no sólo evita los eventos adversos en los usuarios, sino también en los propios verificadores. En el ámbito de la cirugía es, probablemente una de las razones para que haya dificultades en implementar correctamente la cultura de implicación de los verificadores, ya que el evento adverso perjudica directamente al paciente, y prácticamente nunca al verificador.

La seguridad clínica se define como el proceso mediante el cual, una organización proporciona cuidados seguros a los pacientes, y a esto se refiere la opinión de A. Fourcade,(49) dejando ver que se hace necesario(50) en nuestra práctica diaria el uso del listado para la seguridad en el paciente y el desarrollo de una cultura de seguridad en equipo. Este instrumento disminuye la morbimortalidad, mejora los cuidados y permite la identificación de los riesgos para prevenir las complicaciones. Sin embargo, y como nos comenta Cunat en su estudio, es realmente importante obtener una implicación de los profesionales para poder llegar a ello, en concordancia con lo descrito por Hales. Es evidente que tenemos que materializar la responsabilidad colectiva e individual de los profesionales implicados en el proceso. A la hora de afrontar la seguridad del paciente se debe plantear como un hecho inherente a la práctica clínica, de modo que la conciencia de verificación de seguridad vaya implícita en el acto quirúrgico de modo sistemático. Es lo que se ha dado a llamar como “cultura de seguridad”.

El daño ocasionado por la cirugía se considera evitable en la mitad de los casos, y a pesar de ello, los principios reconocidos de seguridad de la cirugía se aplican de forma irregular. Por ello, parece razonable pensar que no existe una solución única para mejorar la seguridad de la cirugía, sino que son necesarias una serie de medidas que, aunque de forma unitaria no sean necesariamente eficaces, si lo sean en su conjunto, con el consiguiente impacto en el resultado final. Ello nos lleva a pensar que resulta preciso revisar cuales son los puntos clave, para que, pudiéndose aplicar fácilmente en cada procedimiento quirúrgico o con cualquier equipamiento y recurso, aporten una medida de seguridad en el proceso que impacte positivamente en el resultado.

Esta cultura de seguridad del paciente se resalta el estudio de la Comunidad Valenciana,(51) donde evaluaron la implantación de la estrategia de identificación inequívoca del paciente, y junto a ella, un adecuado registro de pacientes y sus alergias. Aunque este estudio hace hincapié en la identificación del paciente a través de la pulsera de identificación, y aún no pudiendo compararlo con lo analizado en nuestro trabajo, si hay que resaltar la importancia

de la implantación de la cultura de seguridad del paciente, bien sea a través de unos mecanismos u otros, y el análisis a posteriori de lo realizado, para poner en marcha las mejoras.

Por contra, el análisis en un hospital de agudos (52) sobre la identificación inequívoca confirma que los profesionales no se sentían implicados en el proceso de identificación, poniendo así en peligro, la seguridad del paciente, según revelan otros autores.(53),(54) Los resultados mostraban que se adhieren a este sistema de identificación un 74,4% siendo similar al del estudio de Leal Llopis que tiene una cobertura del 86,7%, Cánovas Serrano del 87% y Fariñas Álvarez una adherencia del 48,2%. Estos datos reflejan la necesidad de una cultura de cambio en los profesionales, y en gran medida, que en el desarrollo de sus actividades, disminuya el riesgo de cometer errores, prevenir complicaciones, y disminuir eventos adversos. Es evidente que aún queda camino por recorrer y mejorar, de ahí que estemos de acuerdo en la importancia de reforzar la cultura de seguridad en el paciente, fundamentalmente fomentando la implicación de los profesionales, tarea clave en cualquier estrategia de seguridad.

Quizás esa falta de implicación sea debida una serie de factores que pasamos a enumerar:

1. La escasa conciencia de la magnitud de los problemas de seguridad en atención primaria
2. La existencia de una percepción errónea por parte de los profesionales de lo que es seguridad del paciente
3. La gran variabilidad en la práctica clínica existente
4. La ausencia de una cultura de identificación, gestión y prevención de riesgos
5. La resistencia de algunos profesionales en participar en programas sobre seguridad de pacientes
6. La dificultad en el procesamiento de la información en entornos de mayor presión asistencial, etc.

Como propuestas para mejorar ese grado de implicación necesario, planteamos las siguientes:

1. Dar a conocer la verdadera dimensión del problema
2. Identificar los efectos adversos e introducir acciones de mejora
3. Aceptar el error para prevenirlo en tiempos futuros
4. Realizar un enfoque no culpabilizado hacia los problemas de seguridad y una cultura no punitiva en la gestión del error
5. Promover la formación e información sobre la existencia de riesgos
6. Disponer de tecnologías que ayuden a hacer las cosas mejor a los clínicos
7. Protocolizar las decisiones clínicas
8. Involucrar al profesional en la cultura de gestión del riesgo
9. Contar con la publicación de eventos adversos entre profesionales para su análisis

Se puede lograr implantar el listado de verificación quirúrgica, con un auténtico liderazgo, explicando lo que la verificación en si misma significa, ofreciendo una justificación clara para su aplicación, comunicando los beneficios, familiarizándose con la lista, alineándola con los valores institucionales y destacando por anticipado las mejoras en la seguridad del paciente.

La realización de procedimientos de cirugía menor en la propia consulta del centro de salud se viene llevando a cabo, con buenos resultados de coste-efectividad, en países como Estados Unidos, el Reino Unido y Canadá, donde estas prácticas son muy habituales.(55),(56) Sin embargo, en España, a pesar de que la cirugía menor se encuentra como prestación sanitaria del SNS en el ámbito de Atención Primaria desde 1995 (RD 63/1995 sobre ordenación de prestaciones), apareciendo definida en la cartera de servicios de Atención Primaria desde el año 2003 y regulada por el RD 1277-2003 de 10 de octubre por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros,

servicios y establecimientos sanitarios,(57),(58) realmente no comenzó a implantarse de forma más efectiva hasta hace unos años.

Este desarrollo parece estar justificado por la limitación existente en la formación continuada de los profesionales de la atención primaria en este campo, por la falta de motivación de los mismos y por los medios disponibles en los propios centros. (37),(59) No cabe duda de que la actividad del médico de atención primaria se enriquece y complementa con la adquisición de la competencia en cirugía menor, lo que la convierte en si misma en un motivo de estímulo profesional.

En cuanto a necesidades estructurales se refiere, se necesita el respaldo y control de los organismos competentes, mediante una dotación adecuada y suficiente del programa con los medios necesarios (quirófano, material quirúrgico, etc..). Además es precisa la implantación de circuitos funcionales lo más estandarizados posible, no sólo en el procedimiento quirúrgico propiamente dicho, sino en todos los procesos de soporte asociados, como son la recepción del paciente, esterilización, procesos diagnósticos pre y postoperatorios (laboratorio, anatomía patológica), continuidad asistencial y desarrollo de protocolos interíneles con atención hospitalaria.(60),(61)

Son múltiples los motivos asociados a la escasa implantación en los centros, y aunque es probable que, en la mayoría de los casos, sea la conjunción de varios, si que parece que los más determinantes son la falta de espacio físico, escasez de material, ausencia de vías normalizadas para el acceso a anatomía patológica, insuficiente interrelación con otras especialidades implicadas, elevada presión asistencial, falta de organización de la actividad y falta de formación continuada(37) entre otros.

Por ello y desde nuestra mirada, y estando de acuerdo con lo comentado por Arroyo, (37) creemos necesario establecer un protocolo para la cirugía menor,

que aunque sea estandarizado pueda adaptarse a cada centro, donde se contemplen los procedimientos de citación de los pacientes, las características básicas de las salas quirúrgicas, los recursos humanos mínimos imprescindibles, material básico y planes de contingencia ante eventualidades como complicaciones, necesidad de evacuación, etc. En nuestro ámbito, es primordial que el circuito de derivación de la muestra a anatomía patológica esté establecido y asegurado, con los requisitos necesarios en seguridad del paciente.

Con respecto a la formación adecuada de los profesionales se proponen varios modelos,(62),(60),(63) siendo el más utilizado el de “líderes quirúrgicos”, donde los profesionales que realizan la cirugía menor la ofertan a sus pacientes y a los de sus compañeros. Éste ha sido el seguido en nuestra área asistencial, debido a la falta de disponibilidad de algunos profesionales para la realización de la actividad, por la falta de espacio físico de alguno de nuestros centros y tener que centralizarlo en otro de los que realizan la actividad.

Continuando en esta línea Menárguez Puche(64) evalúa si es válida la formación continuada intraequipo como estrategia de mejora de calidad, y concluye que efectivamente mejora la calidad global de la cirugía menor en atención primaria. Al ser más selectivos en la patología resecada y biopsiada, se repercute en la calidad del servicio, ya que se evitan cirugías innecesarias. Además, permite el aumento del número de profesionales que participan en el programa, quizá por la mayor confianza en sus capacidades y sensación de apoyo por el grupo, y por la adquisición de habilidades y competencias necesarias para su práctica profesional que le son altamente útiles. Sin embargo, no se comprueba esa mejora de calidad por otros autores, como Martín(65) o Maguire.(66) Aunque en nuestro estudio no ha sido un parámetro a analizar, si es verdad que tras los resultados obtenidos, hacemos referencia a la necesidad de la formación intraequipos para establecer las mejoras necesarias, por lo que será un punto a tener en cuenta.

Bliss(67) implantó el uso de una lista de verificación quirúrgica amplia y la implementación de un plan de estudios de entrenamiento estructurado del equipo, que produjo una disminución estadísticamente significativa de las complicaciones en los 30 días postoperatorios, concluyendo a la vista de los resultados, que el listado de verificación quirúrgica reducía las complicaciones. En este estudio demuestran la importancia en la formación del equipo para la correcta implementación del LVSQ, con un hecho tan simple como las tres sesiones de formación, de sesenta minutos cada una, que proponen. En nuestro caso, no es tan notable, porque de por sí, al ser un grupo pequeño y bien cohesionado, la formación inicial ya consiguió unos magníficos resultados en cuanto a adhesión y calidad de cumplimentación. Además, al ser tan escasos los eventos adversos y las complicaciones que se producen, es muy difícil de medir con una muestra como la que aportamos. Quizá con un mayor número de pacientes podría ponerse de manifiesto alguna mejora en el porcentaje de complicaciones.

Aún así, una vez realizada la formación de los profesionales sanitarios interesados en la actividad, se adecuó el centro y la zona de salud con los recursos necesarios, de modo que se promocionó la actividad con las limitaciones que, inicialmente, suelen tener todos los procesos recién implantados. Así, y en referencia a cuestiones de seguridad, en los dos primeros años tan sólo contábamos con la realización del consentimiento informado previo a la intervención quirúrgica, hasta que posteriormente se comenzó a realizar la verificación de seguridad quirúrgica mediante la aplicación del listado objeto de este estudio, tal y como recomienda la OMS.

El claro aumento de la actividad de cirugía menor en nuestro equipo de atención primaria, ha permitido aliviar la presión hospitalaria, y se ha puesto de manifiesto, mediante la resolución de aproximadamente unas 200 peticiones tramitadas inicialmente a la asistencia hospitalaria y que nos fueron devueltas a atención primaria de nuestra zona. Esta disminución en la presión asistencial en atención especializada, se pone de manifiesto en el trabajo de Tárraga(44) del 2004, quien

afirma que se consigue abaratar el sistema, mejorando la accesibilidad y reduciendo las listas de espera con la implantación de programas de cirugía menor en atención primaria, tal y como hicimos en nuestra unidad.

Se hace necesaria la evaluación del acto quirúrgico, y con el Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica, nos cercioramos de realizar una correcta planificación previa a dicho acto (instrumental, ayudante quirúrgico, localización, esterilidad, etc.), así como una adecuada identificación de las muestras de Anatomía Patológica, etc., todos puntos imprescindibles a verificar. Posteriormente habrá que realizar un adecuado seguimiento del paciente (resultados, eventos adversos, satisfacción, etc.), culminando así el proceso con una adecuada continuidad asistencial.

Aunque en nuestro listado de verificación quirúrgica hay un número de ítems que no se contemplan, al no ser necesarios en nuestra ubicación, si podemos verlos en otros trabajos, donde se hace imprescindible, según sus autores. De Vries(68) realiza un estudio en 6 hospitales valorando los efectos de la implantación del listado de verificación quirúrgica, en el cual informan sobre la disminución del número de complicaciones, las cuales se reducen de un 15,4% al 10,6%, fundamentalmente en aquellos listados de verificación quirúrgica con mayor número de ítems. Esto nos hace pensar en la importancia de adecuar cada listado de verificación al ámbito donde se vaya a aplicar, si bien es cierto que los procedimientos a realizar, los eventos a evitar, las complicaciones que puedan surgir, etc. no implican el mismo riesgo ni se llegan a establecer por igual en el ámbito hospitalario o en el ámbito de primaria.

En la línea de mejorar y mantener la seguridad del paciente, Kathleen Shostek(69) opina que con una comunicación abierta y honesta entre los miembros del equipo, con los pacientes y sus familias, se puede establecer una cultura de seguridad como forma de orientar también el uso del listado de verificación quirúrgica. Tras analizar sus resultados, Aranaz,(3) determina que el

fallo de comunicación favorece los eventos adversos, y que en aquellos pacientes o compañeros del equipo que podían manifestar hacia el médico o el equipo sus preocupaciones, y se les transmitía más información, tenían hasta ocho veces menos efectos indeseables o inesperados.

Para ello, es importante que cada miembro del equipo tengan claro su rol y su responsabilidad, que se respeten todos entre sí, tanto en su experiencia como en sus opiniones, que exista una correcta comunicación y que el equipo esté preparado para problemas potenciales.

Mark Balcaen,(70) en el Reino Unido, observó que, cuando la comunicación es escasa, supone un impedimento para la mejora en la seguridad del paciente. En su trabajo identificó como beneficios del listado de verificación quirúrgica el hecho de garantizar que las tareas críticas se llevaran a cabo, y que el equipo estuviera adecuadamente preparado para la operación y mejorara su nivel de comunicación y compromiso. Vieron el listado de verificación quirúrgica como una forma de revisar la información dada por los demás, y ello implicó que cada miembro del equipo se hiciera responsable o participe del proceso, mejorando así la detección del error y la cohesión del grupo. Aquí evidenciamos la importancia del listado como acto de equipo, y no como verificación de cada parte de forma individualizada, que es lo que ocurre con bastante frecuencia en los procedimientos de cirugía mayor, donde en muchos casos, los equipos no realizan correctamente el acto conjunto de verificar “su parte” cumplimentando el documento en su totalidad, sino que es realizado por parcelas no interrelacionadas, pudiendo dar lugar a cometer errores y a no ver el acto del cumplimiento del listado como un todo de forma global. En cirugía menor, al ser el equipo más limitado, es poco menos que imposible que esto ocurra, aunque si es conveniente hacerlo notar para que ello no tenga lugar. Es muy importante que en cirugía menor exista cohesión del grupo, organización en quirófanos y que las partes estén integradas como un “todo”, evitándose así eventos gracias a que hemos sido más exhaustivos en la cumplimentación y adecuación del listado de verificación de seguridad quirúrgica.

Bliss,(67) tras el análisis de sus resultados, refiere la existencia de carencias en la comunicación, en la disponibilidad del equipo, en el flujo de pacientes y en la adhesión a la técnica estéril. Aunque en nuestro trabajo estos parámetros no se estudian, si podemos permitirnos afirmar que coincidimos en pensar que son factores limitantes en la seguridad del paciente, por lo que la incorporación del listado de verificación quirúrgica ayuda a la mejora en los resultados y de la calidad en la asistencia. En su caso la incorporación del listado, les permitió incorporar un plan de cuidados que les permitió anticiparse a los acontecimientos potencialmente adversos o a las complicaciones.

Otra consideración a tener en cuenta es la verificación del método de registro de datos. Aunque nuestro estudio no analiza el ámbito hospitalario, hemos revisado un análisis de indicadores de seguridad del paciente en los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid.(71) Los autores revisan 15 indicadores de seguridad del paciente donde se recogían las complicaciones quirúrgicas y las debidas a cuidados médicos o postquirúrgicos producidas durante la hospitalización. Como conclusión refieren que el uso de registros sanitarios electrónicos aumenta la posibilidad de detectar los incidentes de seguridad con una sensibilidad y especificidad mayores, tanto en medios rurales como urbanos, hospitalarios o de atención primaria, y en ese camino debemos orientar los esfuerzos de mejora, aunque desde nuestra experiencia, el uso del registro electrónico esta siendo un impedimento para la correcta verificación, pues en muchos casos ya no se escenifica la verificación en equipo antes del procedimiento, sino que se registra de forma aislada en el documento digital, que habitualmente está fuera del quirófano.

Según nuestra opinión, el registro electrónico disgrega el trabajo en equipo a la hora de supervisar y realizar el listado de verificación de seguridad quirúrgica, porque cada uno realiza o no “su parte”. Creemos que es mejor el formato papel, o como se tiende a realizar en la mayoría de los centros, con una pizarra, porque obliga a cohesionar el equipo y a realizar una puesta en común para que, aunque haya unos líderes, se pregunten todos los ítems y el equipo al completo verifique

que todo está revisado, de forma global, para posteriormente registrarlo en la historia de salud clínica digital.

En los centros de atención primaria, junto al beneficio de trabajar siempre juntos, que facilita la coordinación entre todos sus miembros, la relación de equipo y una relación menos piramidal, se consigue evaluar y confirmar de manera más eficaz los datos que se van a obtener del paciente, y que el profesional va a registrar en el listado de verificación quirúrgica. Este acto parece ser más complejo en el medio hospitalario.

Estudios como el de Conley,(72) donde se valora la puesta en práctica del LVSQ en cinco hospitales en Washington mediante entrevistas semiestructuradas, reflejan la necesidad del trabajo en equipo, la necesidad de comunicación, y la existencia de un líder que reconduzca el proceso y coordine la actividad implicando a todos los integrantes del equipo.

De las 492 intervenciones analizadas en nuestro trabajo, cursaron sin complicaciones 460 y 32 con complicaciones. De éstas, las de mayor incidencia fueron la infección de la herida, seguida de reproducción de la lesión, mal resultado estético, sangrado y dehiscencia de sutura, lo cual indica, que tendremos que mejorar la técnica quirúrgica y el cuidado posterior de la herida, para conseguir un descenso e incluso el evitar la aparición de complicaciones. Aún así, debido a la baja tasa de complicaciones esperables y las obtenidas, nos obliga a realizar estudios con un mayor número de pacientes, para que podamos obtener resultados más concluyentes, como se pueden ver en los datos analizados por W. A. van Klei .(73)

En la revista cubana de enfermería,(74) las complicaciones mayoritarias que se registraron fueron muy similares a las nuestras: las ocasionadas por la infección; pero los resultados de ellos dejan ver un menor número de las mismas, gracias a que existió menor manipulación en el acto quirúrgico, se garantizó la actuación

del enfermero para la modificación de los factores de riesgo, las condiciones del acto quirúrgico fueron muy exhaustivas y se respondió adecuadamente a las necesidades de los afectados. De ese modo, cabe destacar que el escaso número de complicaciones fue debido a la responsabilidad y el cumplimiento de las normas por parte del personal que intervino.

H. Humphreys(75) analiza el número de complicaciones por infección, siendo éstas la de mayor número, como ocurre en nuestro estudio, y reconoce que el riesgo de éstas variará de acuerdo con el procedimiento y el paciente. Incluso cuando hay un bajo riesgo de infección en algunas circunstancias, las consecuencias pueden ser desproporcionadamente graves. Se plantean desde el análisis de este estudio, una vigilancia prospectiva y, tras las auditorías, poder crear líneas de mejora en la atención al paciente. Al igual, M.M. Castellano-Zurera(76) identifica como riesgo potencial del paciente la infección asociada a la atención sanitaria, mayormente por la higiene de manos o por problemas en la esterilización del material utilizado en cirugía menor. Por todo ello nos planteamos la necesidad de protocolizar las actuaciones y ser más exhaustivos en las técnicas realizadas, los procedimientos de cuidados, higiene y esterilización, factores que también pueden agravar o favorecer el número de complicaciones. Por lo tanto, al igual que comenta Humberto Arenas,(77) es importante que implementemos la evaluación observacional del comportamiento del equipo quirúrgico, realizando una reunión postoperatoria para analizar los errores cometidos en cada procedimiento tanto en quirófano como en la adecuación de los cuidados postoperatorios, con el fin de aprender de ellos. Los resultados obtenidos por Castellano-Zurera, (76) ponen de manifiesto el amplio margen de mejora que tienen las unidades de atención primaria, y estamos de acuerdo con ello, porque desde el análisis de nuestro estudio, se establecen, proponen y ejecutan planes, para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de su asistencia.

A pesar de que la morbilidad puede ser difícil de cuantificar debido a su naturaleza autolimitante, John Aker,(78) observó que en una población de cirugía

ambulatoria, más de un tercio de la morbilidad detectada se produjo a las 48 horas o más después de la atención quirúrgica, que el período de tiempo para la evaluación del paciente ambulatorio es de hecho corto, 23 horas más o menos, y que las complicaciones de la atención quirúrgica ambulatoria pueden no ser evidentes y manifestarse en algún período posterior, de ahí que puedan quedar escaso registro en las complicaciones. Por esta razón consideramos que es importante corroborar la existencia de las mismas y así plantear un mejor diseño del protocolo de continuidad asistencial del proceso. Sería conveniente realizar una llamada al paciente y verificar su estado, por si han surgido complicaciones que no hayan sido comunicadas por el de forma proactiva. Así obtenemos un seguimiento más estrecho, garantizando la continuidad asistencial de forma más eficaz.

Tras la lectura de varias revisiones, (38),(79),(80),(42) se constata que la Cirugía Menor en el primer nivel asistencial es una actividad satisfactoria tanto para el paciente como para los profesionales. Este hecho lo confirmamos con nuestros resultados tras realizar una serie de preguntas para valorar el nivel de satisfacción y conformidad de los pacientes tras la intervención quirúrgica. Se realizó a 490 pacientes, obteniendo un 61,4% de respuesta "Muy satisfecho", 29,9 % "Satisfecho", un 4,3% "Descontento" y un 4% de encuestas donde muestran su indiferencia al respecto. La incorporación del análisis en nuestra unidad era una actividad novedosa y se estableció como criterio de mejora en alguna de nuestras actuaciones, pudiendo así conocer de primera mano las fortalezas y debilidades de nuestra unidad según las opiniones que nos daban los pacientes sobre nuestra actividad de cirugía menor. Desde la perspectiva del paciente, ha sido muy bien aceptada, al sentirse partícipe del sistema y tener en cuenta su opinión.

Sara L. Gómez, (38) ha analizado el porcentaje de satisfacción en un grupo de 167 pacientes y podemos encontrar porcentajes del 95% bueno o muy bueno, en las referencias de Belenguer Tarin(79) del 96% y en el de Estopa (80)del 99,56%, cifra similar a la detectada por Arribas(42) del 98,2% y por López

Santiago(81) del 98%. Este trabajo de Gómez presenta una satisfacción alta, resultados estéticos buenos y elevado porcentaje de pacientes que volverían a intervenir en el centro. Como refiere Gómez Civera(82) tras analizar las encuestas de satisfacción, presentan un 60% de pacientes moderadamente satisfechos, un 30% muy satisfechos y un 10% insatisfechos. Este trabajo reseña porcentajes de satisfacción muy similares a los de nuestro estudio y los restantes que se han reseñado. El análisis global de todas estas encuestas, indican el grado de satisfacción de los pacientes y la excelente valoración global que se alcanza. No obstante, debemos ser cautos en la medida de los aspectos que condicionan la satisfacción de los usuarios, ya que los escasos indicadores no conforman la globalidad, por lo que podemos considerar que nuestro trabajo tiene una aceptación favorable por los usuarios. Aún así, debemos obtener los datos necesarios que ayuden a mejorar la aceptación, satisfacción y confianza de los pacientes y adoptar las medidas necesarias para adaptar progresivamente el servicio a las necesidades y expectativas de los pacientes y de los profesionales.

La experiencia en nuestra zona básica ha sido excelente, con un aumento claro de la actividad y excelentes resultados, consolidándose como un servicio más de nuestra zona. Esto es una ventaja para nuestros usuarios, porque al estar la población muy dispersa y alejada del hospital de referencia, la realización de estas actividades, ha supuesto evitar desplazamientos.

A modo de resumen, podemos concluir, que la aplicación del listado de verificación quirúrgica (en lesiones susceptibles de cirugía menor en atención primaria, diagnóstico morfológico benigno, localización en territorios sin riesgo, etc.), utilizando el instrumental, estructura habitual del centro de salud, con una buena competencia del médico de atención primaria y adecuación de los protocolos de actuación, determina que la realización de la cirugía menor en atención primaria tiene resultados satisfactorios y que tras la implantación del uso estandarizado del listado de verificación de seguridad quirúrgica, se obtiene una disminución de la incidencia de complicaciones en la práctica de la misma.

Todo ello alienta a seguir buscando medidas que logren una mayor calidad del servicio que se presta al paciente, como el Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica y seguir trabajando en esta línea para mantener y/o mejorar los niveles de satisfacción.

El Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica ha demostrado su eficacia al disminuir los eventos adversos gracias a su sencillez. Su puesta en práctica requiere de pocos recursos materiales y profesionales, siendo un medio de mejora de los protocolos existentes. Por todo ello recomendamos la utilización del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica en aquellos centros del primer nivel asistencial donde se realiza Cirugía Menor, como práctica habitual, adaptándolo a las características de cada ámbito de trabajo.

CONCLUSIONES

1. El impacto de la aplicación sistemática del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica en un programa de Cirugía Menor en el ámbito de la Atención Primaria, ha sido positivo, poniéndose de manifiesto una disminución estadísticamente significativa de las complicaciones postquirúrgicas.
2. No podemos constatar de forma fehaciente que la disminución de las complicaciones tras la instauración sistemática del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica se deba a dicha verificación, y no al aumento de experiencia del grupo de trabajo.
3. Los pacientes intervenidos tras la implantación sistemática del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica han mostrado un aumento estadísticamente significativo del grado de satisfacción relacionado con el procedimiento.
4. En nuestro medio, el Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica ha sido correctamente aplicado en la totalidad de las intervenciones analizadas, con el 100 % de los ítems adecuadamente verificados.
5. No hemos podido valorar el impacto de las actividades formativas en la mejora de la adhesión al proceso de verificación, al haber obtenido de entrada un 100% de cumplimentación.

BIBLIOGRAFIA

1. Ibarrola Calleja JL, González de la Mora JJ. La Evolución de la Cirugía General. ciencias.org.ar.
2. Martínez Dubois S. Historia de la cirugía. In: McGraw-Hill, editor. Cirugía Bases del conocimiento quirúrgico y apoyo en trauma. 4 ed. 2009. pp. 1–15.
3. Aranaz JM, Agra Y. La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos. Med Clin (Barc). Medicina Clínica; 2010;135(Supl-1):1–2.
4. Lister BJ. The Classic: On the antiseptic principle in the practice of surgery. Clinical Orthopaedics and Related Research®. 2010.
5. Rovetto P. La seguridad del paciente en la historia. Cali. Colombia; 2010.
6. Hendee WR. To Err is Human: Building a Safer Health System. Journal of Vascular and Interventional Radiology. 2001;12(1):P112–3.
7. World Alliance for Patient Safety. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2005. World Alliance for Patient Safety; 2004.
8. Garcia Barbero M. La alianza mundial para la seguridad del paciente [Internet]. fundacionmhm.org. [cited 2014 Dec 1]. Available from: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo14.pdf>
9. World Health Organization. Patient Safety. Material de introducción para el programa *Las prácticas quirúrgicas seguras salvan vidas*, de la Organización Mundial de la Salud. Aplicación de la lista de verificación de las prácticas quirúrgicas seguras. <http://www.safesurg.org>. 2009. pp. 1–17.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones. España. Estrategia en seguridad del paciente. 2005. 1 p.
11. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. msssi.gob.es; 2006.
12. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Estrategia para la Seguridad del Paciente. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, editor. 2006. 92 p.
13. Rebollo-Rodrigo H, Madrazo-Leal C, Gómez-Fleitas M. Sistema de vigilancia continua de eventos adversos en los servicios quirúrgicos de Cantabria. Med Clin (Barc). 2010;135(Suppl.1):12–6.
14. Schimmel EM. The Hazards of hospitalization. Ann Int Med. 1964 Jan;60:100–10.
15. Beecher HK, Todd DP. A study of the deaths associated with anesthesia and surgery: based on a study of 599, 548 anesthetics in ten institutions 1948-1952, inclusive. Annals of Surgery. 1954 Jul;140(1):2–35.
16. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991 Feb 7;324(6):370–6.
17. Tema 1. Conceptos generales de Calidad. [Internet]. www.uca.es. 2009 [cited 2014 Dec 1]. pp. 1–18. Available from: https://ocw.uca.es/pluginfile.php/1039/mod_resource/content/1/TEMA_1.pdf
18. Gawande A Safe Surgery Saves Lives Programme Leader. WHO Guidelines for Safe Surgery 2009: Safe Surgery Saves Lives. Geneva: World Health Organization; 2009.

19. National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety for primary care. The full reference guide. 2006 May 25;:1–173.
20. Franco A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. Colombia Médica. Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia; 2005;36(2):130–3.
21. Ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. boe.es May 29, 2003 pp. 20567–88.
22. Consejo de los Consumidores y Usuarios de Andalucía. Seguridad del paciente en la asistencia sanitaria. <http://www.consejoconsumidoresandalucia.es>. 2010. pp. 1–74.
23. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients. *New England Journal of Medicine*. 1991;324(6):377–84.
24. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ*. Canadian Medical Association; 2004 May 25;170(11):1678–86.
25. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust*. 1995 Nov 6;163(9):458–71.
26. Aranaz Andrés J, Aibar Remón C, Vitaller Burillo J, Ruíz López P, Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. 2006. 1 p.
27. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remon C, Vitaller-Murillo J, Ruiz Lopez P, Limon-Ramirez R, Terol-Garcia E, et al. Incidence of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. *Journal of Epidemiology & Community Health*. BMJ Publishing Group Ltd; 2008 Dec;62(12):1022–9.
28. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remon C, Vitaller-Burillo J, Requena-Puche J, Terol-Garcia E, Kelley E, et al. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). *Int J Qual Health Care*. The Oxford University Press; 2009 Dec;21(6):408–14.
29. Aibar C, Aranaz J. ¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la atención hospitalaria? *An Sist Sanit Navar*. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud; 2003;26(2):1–15.
30. Chantler C. The role and education of doctors in the delivery of health care. *The Lancet*. Elsevier; 1999 Apr 3;353(9159):1178–81.
31. Makary MA, Sexton JB, Freischlag JA, Millman EA, Pryor D, Holzmüller C, et al. Patient safety in surgery. *Annals of Surgery*. 2006 May;243(5):628–32–discussion632–5.
32. Vincent C. Understanding and responding to adverse events. *N Engl J Med*. 2003 Mar 13;348(11):1051–6.
33. Aranaz-Andrés JM, Ruiz Lopez P, Aibar-Remon C. Sucesos adversos en cirugía general y de aparato digestivo en los hospitales españoles. *Cir Esp*. 2007;82(5):268–77.
34. Júdez Legaristi D, Aibar Remon C, Ortega Maján MT, Aguilera Diago V, Aranaz Andrés JM, Gutiérrez Cía I. Incidencia de efectos adversos en un servicio de cirugía general. *Cir Esp*. 2009 Aug;86(2):79–86.
35. Tárraga López P, Celada Rodríguez A, Cerdan Oliver M, Solera Albero J, Ocaña Lopez JM, Lopez Cara MA. Cirugía menor en un centro de Atención Primaria rural: 2 años de experiencia. *MEDIFAM*. 2003 Apr;13(4):285–90.

36. Puche JM, Muñoz PA. Incorporación de un Programa de Cirugía Menor en un Centro de Salud de España. Archivos en Medicina Familiar [Internet]. Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C.; 2009;11(1):39–48. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50719069006>
37. Arroyo Sebastian A, Gómez A, Gálvez JA, Peche PG. Programa de implantación y desarrollo de la cirugía menor ambulatoria en atención primaria. *Aten Primaria*. 2003;32(6):371–5.
38. Langley S, Laguna F, Bolaños ÁP. Satisfacción de los pacientes sometidos a intervenciones de Cirugía Menor en atención primaria. *Atencion Primaria. Atención ...*; 2008. 2 p.
39. Gascon Lopez M, Llamas Sandino M. Experiencia de dos años de cirugía menor en un centro de salud. *MEDIFAM*. 2001 Oct 9;11:489–92.
40. Aganzo-López FJ, Grima-Barbero JM, Marrón-Moya SE, Tomás-Aragonés L. Correlación clínico-patológica en cirugía menor en un área de salud rural. *SEMERGEN*. 2013 Jan;39(1):12–7.
41. Serra M, Arevalo A, Ortega C, Ripoll A, Gimenez N. Minor surgery activity in primary care. *JRSM Short Reports*. 2010 Sep 3;1(4):36–6.
42. Arribas Blanco JM, Rodríguez Salceda I, Mena Mateo JM, Martín Martín S, Bru Amantegui S, Villarroel Rodríguez J. Cirugía menor en la consulta del médico de familia. Descripción de un año de experiencia. *Aten Primaria*. Elsevier; 1996 Feb 15;17(2):142–6.
43. Santamaría MQ, Sánchez CO. Actividades de cirugía menor en un Centro de Salud. Estudio descriptivo. ... -*Medicina de Familia*. 2002;28(9):475–8.
44. Tárraga López PJ, Celada Rodríguez A, Cerdán Oliver M, Solera Albero J, Ocaña López JM, López Cara MA. Eficiencia de un programa de cirugía menor en un Centro de Atención Primaria rural. *SEMERGEN*. 2004;30(4):164–8.
45. Terol E, Agra Y, Fernández-Maíllo MM, Casal J. Resultados de la estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud español, período 2005-2007. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:4–11.
46. Agra Y, Agra Y, Terol E, Terol E. La seguridad del paciente: una estrategia del Sistema Nacional de Salud. *An Sist Sanit Navar*. 2006;29(3).
47. Garcia Guerrero A, Marquez Romero MS, Rodriguez Caparro R. Listado de verificación quirúrgica en cirugía menor: una garantía para la seguridad del paciente. Facultad de Enfermería. Universidad de la Republica.
48. Hales BM, Pronovost PJ. The checklist--a tool for error management and performance improvement. *Journal of Critical Care*. 2006 Sep;21(3):231–5.
49. Fourcade A, Minvielle E, Blache JL, Bourgain JL. Évaluation et applicabilité de la check-list HAS au quotidien : expérience des centres de lutte contre le cancer. *Annales francaises d'anesthesie et de reanimation*. 2011 Jun;30(6):495–500.
50. Cunat C, Flatin V, Viale JP. Stratégie de déploiement de la check-list dans un CHU. *Annales francaises d'anesthesie et de reanimation*. 2011 Jun;30(6):484–8.
51. Pablo-Comeche D, Buitrago-Vera C, Meneu R. Identificación inequívoca de pacientes. Evaluación del lanzamiento y su implantación en los hospitales de la Agencia Valenciana de Salud. *Med Clin (Barc)*. 2010;135:54–60.
52. Leal Llopis J, Alcaraz Martínez J, Pérez García M. Evaluación del uso de pulseras identificativas en pacientes hospitalizados. XXVII Congreso de la ...; 2009.

53. Canovas Serrano A, Lopez Garcia JA, Perez Soler C, Garcia Arzac I. Identificación inequívoca del paciente hospitalario. Sevilla; 2009. p. 483.
54. Fariñas-Álvarez C, Moreno de la Hidalga M, Rodriguez Rodriguez M, Diaz-Sampedro E, Otero Santiago M, Diaz-Mendi AR. Nuestros pacientes están identificados, ¿hemos mejorado su seguridad? 2008. p. 198.
55. Finn L, Crook S. Minor surgery in general practice--setting the standards. *J Public Health Med.* Oxford University Press; 1998 Jun;20(2):169–74.
56. Foulkes A. Minor surgery in general practice. *BMJ.* BMJ Group; 1993 Sep 11;307(6905):685.
57. REAL DECRETO 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. *boe.es* Oct 23, 2003 pp. 37893–902.
58. Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. *boe.es* Jan 20, 1995 pp. 4538–43.
59. Masia Alegre A. Iniciación de un programa de cirugía menor en un centro de salud. *amf-semfyccom.* 2010 Jan;6(1):55–7.
60. Urraca J, Ayuso R. Cirugía menor en el centro de salud. *Cuadernos de Gestión.* 2015;1:165–74.
61. Vergara J. Electrocirugía básica dentro de un programa de cirugía menor en atención primaria. *MEDIFAM.* 1998;8:252–5.
62. Berchid Debdí M, Martínez Chaves V, Illana Quesada J, Lopez Sanchez MA, Rodriguez Álvarez ME. Cirugía menor programada y urgente en atención primaria. Principios básicos y técnicas elementales. *Salud Rural.* 2000;17(7):23–48.
63. Arribas Rodriguez JM. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia. 1st ed. Jarpyo Editores; 2000.
64. Puche JFM, Muñoz PAA, Caballero JDG, Canovas AG, Piñera ML, Quevedo JC. Cirugía menor en atención primaria: ¿es válida la formación continuada intraequipo como estrategia de mejora de calidad? *Aten Primaria.* Elsevier; 2003;31(1):23–31.
65. Martín Fernández J, Martínez Marcos M, Ferrándiz Santos J. Evaluación de la formación continuada: de la satisfacción al impacto. A propósito de un programa formativo en cirugía menor en un área de salud. *Aten Primaria.* Elsevier; 2001;27(7):497–502.
66. Maguire N. Effect of a skills programme on minor surgical workload in general practice. *Ir Med J.* 2000 Jul;93(5):136–8.
67. Bliss LA, Ross-Richardson CB, Sanzari LJ, Shapiro DS, Lukianoff AE, Bernstein BA, et al. Thirty-Day Outcomes Support Implementation of a Surgical Safety Checklist. *ACS.* Elsevier Inc; 2012 Dec 1;215(6):766–76.
68. de Vries EN, Prins HA, Crolla RMPH, Outer den AJ, van Andel G, van Helden SH, et al. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *N Engl J Med.* 2010 Nov 11;363(20):1928–37.
69. Shostek K. Developing a culture of safety in ambulatory care settings. *The Journal of Ambulatory Care Management.* 2007 Apr;30(2):105–13.

70. Balcaen M. SURGICAL SAFETY CHECKLISTS. Power Play: Managing the Forces that Impact Implementation. The Experience of a small isolated community hospital [Internet]. tools.patientsafetyinstitute.ca. 2010 [cited 2014 Dec 1]. pp. 1–15. Available from: https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAAahUKEwj25dbps-_HAhWHNhoKHciZAgM&url=http%3A%2F%2Ftools.patientsafetyinstitute.ca%2FCommunities%2Fsssl%2FShared%2520Documents%2FWorkshop%2520Proceedings%2520-%2520March%25202010%2C%2520Vancouver%2FConcurrent%2520Session%25205%2520-%2520Power%2520Play.%2520Managing%2520the%2520Forces%2520that%2520Impact%2520Implementation%2FMark_Balcaen_Presentation.pdf&usg=AFQjCNE9K3xYadwmjdM9X_fw_xfgZDkjfA&sig2=cjlatGdae7aOhJb9lfyggw&bvm=bv.102537793,d.d2s
71. Merchante JM, Vega AM, Hernández AP, Lizarraga CA. Análisis de los Indicadores de Seguridad del Paciente de la Agency for Healthcare Research and Quality de los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid. *Med Clin (Barc)*. 2010;135(Supp.1):3–11.
72. Conley DM, Singer SJ, Edmondson L, Berry WR, Gawande AA. Effective surgical safety checklist implementation. *J Am Coll Surg*. 2011 May;212(5):873–9.
73. van Klei WA, Hoff RG, van Aarnhem EEHL, Simmermacher RKJ, Regli LPE, Kappen TH, et al. Effects of the introduction of the WHO “Surgical Safety Checklist” on in-hospital mortality: a cohort study. *Annals of Surgery*. 2012 Jan;255(1):44–9.
74. Álvarez Rodríguez JM, Martínez Cabrera AM, Castellanos Almeida B, Enamorado Camejo DM. Resultados de la cirugía menor en un consultorio del médico de familia en Baire. *Revista Cubana de Enfermería*. 1999, Editorial Ciencias Médicas; 2000 Aug 1;16(2):128–32.
75. Humphreys H, Coia JE, Stacey A, Thomas M, Belli AM, Hoffman P, et al. Guidelines on the facilities required for minor surgical procedures and minimal access interventions. *The Journal of hospital infection*. 2012. pp. 103–9.
76. Castellano-Zurera MM, Núñez-García D, Carrasco-Peralta JA, Torres-Olivera A. Soluciones aportadas por Atención Primaria para abordar los riesgos relacionados con la seguridad del paciente. *Revista de calidad asistencial. SECA*; 2012 Nov 15;27(6):319–25.
77. Arenas Márquez H, Hernández Zúñiga JF, Carvajal Morones JA, Jiménez Tornero J, Baltazar Sánchez I, Flores Valenzuela M. Resultados de la aplicación de la lista de verificación quirúrgica en 60 pacientes. *Cirujano General. Asociación Mexicana de Cirugía General A.C*; 2011 Sep 1;33(3):156–62.
78. Aker J. Safety of ambulatory surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2001 Dec;16(6):353–8.
79. Tarín MB, Cano JG. Estudio de satisfacción de los usuarios intervenidos de cirugía menor en un centro de salud. *Centro de ...*; 2002.
80. Estopa Dueso J, Hernandez Velasco MA. Cirugía Menor en una consulta de APS. Encuesta de satisfacción de los usuarios. *Revista de la SEMG*. 2003 Mar;(52):191–6.
81. López Santiago A, Lara Peñaranda R. Cirugía menor en atención primaria: la satisfacción de los usuarios. *Aten Primaria*. 2000.
82. Gomez Civera C. Descripción del servicio de Cirugía menor del centro de salud Teruel Rural. Satisfacción de los usuarios.[Internet]. Gome Navarro R, editor. [Zaragoza]; 2013. pp. 1–22. Available from: <http://zaguan.unizar.es/TAZ/ENFTER/2013/10585/TAZ-TFG-2013-130.pdf>