

---

Trabajo Fin de Grado

Liderazgo de Enfermería y seguridad del paciente en quirófano. Una revisión de la literatura.

Marta Céspedes Santacreu

---



Aquest treball està subjecte a la llicència [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Este trabajo está sujeto a la licencia [Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

This end of degree project is licensed under the [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International \(CC BY-NC-ND 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



TRABAJO DE FIN DE GRADO

# Liderazgo de Enfermería y seguridad del paciente en quirófano. Una revisión de la literatura

Grado en Enfermería

**Autor:** MARTA CÉSPEDES SANTACREU

**Tutoras:** Dra. MARÍA ÁNGELES DE JUAN PARDO y Dra. MARÍA LLISTOSELLA CRETA

**Fecha de presentación:** 04/05/2020

**“Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de imprenta,  
fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la Universitat  
Internacional de Catalunya”**

## **AGRADECIMIENTOS**

Después de unos largos años de trabajo donde por fin veo el final del camino tras el esfuerzo que significa un grado y ya pensando en poder poner en práctica todo el conocimiento adquirido, quiero agradecer a todas y cada una de las personas que han confiado en mí y me han guiado en todo mi proceso académico, en especial:

A mis tutoras académicas, la Dra. María Llistosella y la Dra. María Ángeles de Juan, que han sido mi guía principal en este camino y me han ayudado en todo momento y siempre dándome ánimo, para hacerme capaz de conseguir terminar este trabajo.

A Mireia Llauredó, la coordinadora del TFG, por todas las sesiones y el material que me ha facilitado a lo largo de este camino y al personal de la biblioteca, por los recursos empleados y las clases impartidas.

A todos y cada uno de los profesores que me han formado, Encarna Rodríguez, Marisa Martín, Pilar Fuster, Anna Aliberch, Albert Gallart, Jordi Castillo, Vanessa Calvo, etc., y a todos los que no he nombrado, gracias por acompañarme en este viaje.

A todo el departamento de enfermería, Queralt Maya, Aga Ferreiro, María Vera, por el soporte recibido por su parte, a lo largo de estos años.

Gracias a la Universidad Internacional de Catalunya, por su gran profesionalidad y cuidado del alumno.

A mis amigos, la familia que se elige, gracias por haber sido parte de mi motivación de esta última etapa. A mis fieles compañeras de Universidad, por haber compartido todo este proceso y haber hecho que estos años de carrera sean inolvidables.

También quería agradecer especialmente a mi familia, a mis padres por ser el pilar fundamental en mi vida e iluminarme en todo momento. Por haberme dado la oportunidad de estudiar una carrera profesional, por hacer que cumpla un sueño una vez más y por apoyarme siempre incondicionalmente.

Y por último, gracias a mi asesora, la Dra. Encarna Rodríguez, por su enorme paciencia durante este largo camino, por su apoyo, su manera de motivarme y confiar siempre en mí, no puedo estar más agradecida. Siempre será mi mentora.

## RESUMEN

**Introducción:** El liderazgo de enfermería es un aspecto esencial en el contexto de la seguridad del paciente en quirófano y debe ser el motor que permita conseguir una disminución de los errores y de los eventos adversos a través de la comunicación y el trabajo en equipo. Un buen liderazgo permite conseguir todo esto.

**Objetivo:** Explorar las consecuencias que tiene el liderazgo en enfermería dentro del ámbito quirúrgico para la seguridad del paciente.

**Metodología:** Revisión de literatura en las bases de datos: Pubmed, Cinahl, Cochrane y Scielo, desde octubre de 2019 a abril de 2020 sobre liderazgo y seguridad del paciente en enfermería peri-operatoria. Se realizó un análisis de contenido de los artículos incluidos en la revisión.

**Resultados:** Se incluyeron 13 artículos la revisión. Se identificaron tres temas principales: Las medidas y modelos de seguridad dentro del ámbito quirúrgico, especialmente en la cumplimentación del “check-list”; la importancia de las habilidades del liderazgo de enfermería en la seguridad del paciente en quirófano, y finalmente, las dificultades o barreras en la comunicación y el trabajo en equipo que influyen en el liderazgo y seguridad del paciente.

**Conclusiones:** El liderazgo de enfermería y la seguridad del paciente en quirófano aporta aspectos positivos para el paciente y requiere de diversas habilidades en la comunicación y trabajo en equipo. Enfermería tiene un rol imprescindible en este tipo de actividades. Se recomienda seguir fomentando el liderazgo de enfermería y la formación en la seguridad del paciente en quirófano por los beneficios y los resultados positivos que se aplican. Sin embargo, se consideran necesarios más estudios que evalúen los resultados específicos obtenidos, dado que los mismos no son extrapolables a todos los países del mundo, situaciones y marcos considerados.

**Palabras clave:** Liderazgo, Enfermería Peri-operatoria, Seguridad del Paciente, Daño del Paciente, Seguridad Quirúrgica y Gestión de Riesgos.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Nursing leadership is an essential aspect in the context of patient safety in the operating room and must be the engine that allows for a decrease in errors and adverse events through communication and teamwork. Good leadership makes it possible to achieve all this.

**Objective:** To explore the consequences that nursing leadership has in the surgical field for patient safety and which are their implications.

**Methodology:** Literature review in the databases: Pubmed, Cinahl, Cochrane and Scielo, from October 2019 to April 2020 on leadership and patient safety in perioperative nursing.

**Results:** Thirteen articles were included in the review. Three main topics were identified: Measures and safety models within the surgical environment, especially in completing the “check-list”, the importance of nursing leadership skills inpatient safety in the operating room and finally, difficulties or barriers in communication and teamwork that influence leadership and patient safety.

**Conclusion:** Nursing leadership and patient safety in the operating room brings a number of positive aspects to the patient and require diverse communication skills and teamwork. Nursing has an essential role in this type of activities. It is recommended to follow and encourage nursing leadership and patient safety in the operating room for the benefits and the positive results that may apply. However, more studies must be considered in order to correctly evaluate the specific results obtained in this project. The same results cannot be extrapolated to all the countries of the world, situations and frameworks considered.

**Key words:** Leadership, Perioperative Nursing, Patient Safety, Patient Harm, Surgical Safety and Risk Management.

# ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS .....	i
RESUMEN Y PALABRAS CLAVE .....	ii
ABSTRACT AND KEY WORDS .....	iii
ÍNDICE DE TABLAS .....	3
ÍNDICE DE FIGURAS .....	3
ABREVIATURAS .....	4
1. INTRODUCCIÓN.....	5
MARCO TEÓRICO .....	6
1. Liderazgo .....	6
1.1. Función de líder.....	7
1.2. Tipologías de liderazgo .....	7
1.3. Competencias que debe tener un buen líder.....	8
1.4. ¿Qué se necesita para desarrollar líderes en enfermería? .....	9
2. Seguridad del paciente en quirófano .....	10
2.1. Check-list .....	12
3. Equipo profesional en el área quirúrgica .....	13
3.1. El rol de enfermería en quirófano .....	14
2. JUSTIFICACIÓN .....	15
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	15
4. OBJETIVOS .....	15
4.1. Objetivo general .....	15
4.2. Objetivo específico .....	15
5. METODOLOGÍA .....	16
a. Diseño .....	16
b. Estrategia de búsqueda .....	16
c. Criterios de inclusión y exclusión.....	17
d. Selección de artículos y análisis .....	18
e. Consideraciones éticas .....	19
6. RESULTADOS .....	19
a. Análisis bibliométrico.....	20

b. Análisis de contenido.....	22
7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....	29
8. IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA Y LA INVESTIGACIÓN .....	32
9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	33
10. REFLEXIÓN PERSONAL SOBRE EL APRENDIZAJE OBTENIDO.....	34
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	38
12. ANEXOS .....	iv
ANEXO I .....	iv
ANEXO II .....	v
ANEXO III .....	vi
ANEXO IV. Búsqueda de artículos en base de datos: Pubmed, Cinahl, Cochrane, Scielo.....	vii
ANEXO V .....	xi
ANEXO VI.....	xii
ANEXO VII.....	ii

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estrategia final de búsqueda .....	17
Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión .....	17
Tabla 3. Resultados de estrategia de búsqueda por años de publicación .....	21
Tabla 4. Categorización por diseño de los artículos seleccionados .....	21
Tabla 5. Porcentaje y números de artículos clasificados por país .....	21
Tabla 6. Cronograma del desarrollo del TFG .....	iv
Tabla 7. Búsqueda definitiva .....	v
Tabla 8. Uso del gestor bibliográfico Mendeley .....	vi
Tabla 9. Búsqueda de artículos con número de resultados en Pubmed .....	vii
Tabla 10. Búsqueda de artículos con número de resultados en Cinahl.....	vii
Tabla 11. Desarrollo de la estrategia de búsqueda de artículos con número de resultados en Cochrane .....	viii
Tabla 12. Búsqueda de artículos con número de resultados en Scielo .....	ix
Tabla 13. Lista de verificación de la seguridad de la cirugía .....	xii
Tabla 14. Descripción de los artículos incluidos.....	ii

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de estrategia de búsqueda .....	18
Figura 2. Diagrama de sección de artículos.....	20
Figura 3. Errores humanos y fallos del sistema .....	xi

## **ABREVIATURAS**

<b>DeCS:</b>	Descriptores en Ciencias de la Salud.
<b>ISQ:</b>	Infecciones del Sitio Quirúrgico.
<b>LVQ:</b>	Listado de Verificación Quirúrgico
<b>Med Clínica:</b>	Revista Medicina Clínica.
<b>OMS:</b>	Organización Mundial de la Salud.
<b>SV:</b>	Sondaje Vesical.
<b>TFG:</b>	Trabajo de Fin de Grado.
<b>UCI:</b>	Unidad de Cuidados Intensivos.

## 1. INTRODUCCIÓN

La Enfermería desde sus orígenes no ha dejado de evolucionar y de perfeccionarse, llegando a ser a día de hoy una pieza fundamental en el sistema de salud, buscando permanentemente la excelencia en la práctica clínica (1).

Dicho desarrollo ha facilitado y potenciado que los profesionales dedicados a este ámbito desarrollen cualidades más específicas que permiten tener a día de hoy, líderes con personalidad y liderazgo (2). Este liderazgo tan importante en la dinámica de las organizaciones, empresas y sociedad en general, también lo es y muy necesario en la práctica clínica y sobre todo, en las especialidades más complejas en donde la toma de decisiones en situaciones difíciles pone en juego la vida del paciente (3).

El interés en el liderazgo en enfermería es esencial dentro del ámbito quirúrgico, debido a su carácter dinámico, que resulta de las condiciones especiales de los pacientes que son intervenidos (4). Dentro de este ámbito, los profesionales de enfermería deben liderar a su personal para obtener los mejores resultados posibles y garantizar la seguridad clínica y la de su personal (3).

De este modo, la relación entre la dinámica, la seguridad y el liderazgo en enfermería y más concretamente en los servicios de quirófano, es determinante, dado que no caben fallos ni improvisaciones de ningún tipo, ya que está en riesgo la salud del paciente (4,5).

El quirófano es uno de los servicios hospitalarios que presenta mayor dificultad para los profesionales, tanto por la complejidad de las tareas que se llevan a cabo en él, como por los riesgos laborales a los que se está expuesto (6). Si éstos no se evitan, o no se dispone de medios para su evaluación, control y corrección adecuados, podrían ocasionar un compromiso importante para la salud del paciente y de todo el personal afecto (7).

El quirófano es el área donde se realizan prácticamente todas las intervenciones quirúrgicas. Posee unas características específicas con respecto al resto de servicios de un centro sanitario, con el objetivo fundamental de disminuir las infecciones y otros riesgos y realizar las intervenciones quirúrgicas con la mayor efectividad posible (7,8).

Desde el 2004 en donde la OMS (Organización Mundial de la Salud) fundó la Alianza Mundial para la seguridad de los pacientes, la seguridad como concepto primordial, no ha dejado de avanzar convirtiéndose en un objetivo primordial en el ámbito sanitario (9).

De aquí la importancia de garantizar siempre la seguridad del paciente en quirófano. En todo el proceso, es importante el papel de todo el equipo multidisciplinar (3). Pero ¿Qué caracteriza el liderazgo que enfermería ha de desempeñar en quirófano para garantizar la seguridad del paciente?

En este trabajo se presentarán los resultados de una revisión de la literatura llevada a cabo para explorar la relación entre liderazgo enfermero y seguridad del paciente quirúrgico.

Antes de pasar a la descripción de la metodología y resultados de dicha revisión, se presentará el marco teórico para contextualizar ambos conceptos, liderazgo y seguridad del paciente, así como su convergencia y complementariedad, desgranando cada uno de ellos y justificando los aspectos más significativos de estos y cómo de su aplicación práctica permiten como fin, el perseguir el éxito en cualquier intervención quirúrgica.

## **MARCO TEÓRICO**

Se expone a continuación, una breve descripción sobre el tema general del liderazgo de enfermería y la seguridad del paciente en quirófano.

### **1. Liderazgo**

Se han desarrollado multitud de definiciones sobre el liderazgo (2). La gran mayoría de autores coincide en que se trata de un proceso de influencia entre el líder y sus seguidores, donde se coordinan sus esfuerzos para alcanzar una meta y unos objetivos en común (10). Algunos autores, señalan que el principal trabajo de un buen líder, es definir la visión y transformar esa visión en realidad (4). Otros, afirman que el líder ha de ser una persona comprometida en asumir una posición de poder debido a un compromiso y convicción dentro de un ambiente de equipo (11).

El liderazgo es por tanto, un proceso colectivo entre el líder y los influenciados, ya que lo que hace que una persona sea un líder, es la disposición de la gente a seguirla en un contexto determinado (12).

Además, la importancia del liderazgo queda acreditada en cualquier proceso de riesgo que requiera decisiones inmediatas con soluciones afines, como es el caso de la toma de decisiones en quirófano, dado que no son admisibles indecisiones porque lo que está en riesgo es la vida del paciente (12).

### 1.1. Función de líder

Al líder, se le reconocen una serie de funciones, como consecuencia del estatus e influencias adquiridas (13). Entre ellas encontramos la función de equipo o de mentor:

- **Función de equipo:** El líder es el representante del equipo ante la institución u otros grupos, gestiona los recursos disponibles y redistribuye la información de la que dispone con el grupo. Los líderes son las personas encargadas de gestionar y dar soluciones a los problemas que surgen en el grupo. De igual modo, los líderes detectan futuros conflictos y se anticipan en la toma de decisiones para evitar que se produzcan (11).

- **Función mentor:** La finalidad principal es la de potenciar las capacidades de los seguidores, motivarlos en la consecución de los objetivos y asesorarlos ante dudas que puedan surgir (11).

- **Función en uno mismo:** Los líderes fomentan la autonomía de sus seguidores con el fin de estimular su iniciativa, sin establecer restricciones externas (11).

Actualmente, el concepto de liderazgo ha trascendido a la idea tradicional de un jefe que posee unas determinadas características, que acumula todo el poder y que es el responsable único de todos los resultados, para acercarse así a un modelo más dinámico donde se empodera a los influenciados y donde el líder se preocupa por los elementos que componen el entorno de trabajo (14).

### 1.2. Tipologías de liderazgo

Teniendo en cuenta lo señalado anteriormente, se pueden considerar diferentes tipos de líder:

- **El liderazgo tradicional:** Esta basado en transacciones, en procesos de intercambio entre los líderes y sus seguidores. Los líderes plantean y generan estrategias donde el proceso es estricto para conseguir los objetivos y los seguidores son motivados con recompensas (habitualmente tangibles) por los resultados conseguidos, o bien sancionados o castigados por no hacer bien el mismo o cuando

los resultados no son los esperados. El liderazgo transaccional es realmente un tipo de gestión, no un estilo de liderazgo verdadero, se centra en tareas a corto plazo y tiene serias limitaciones para el trabajo basado en el conocimiento o la creatividad, aunque, puede ser eficaz en ciertas situaciones (13,15,16).

- **Liderazgo transformacional o carismático:** Centrado en el papel del líder donde éste tiene capacidad de generar entusiasmo a sus seguidores, promueve el compromiso, motiva al equipo y crea un buen ambiente de trabajo. Es una persona próxima al trabajador, lo ve como una persona y no como una herramienta. Este modelo tiene un gran número de ventajas y el líder se convierte en un modelo a seguir. Inspira a los seguidores a trabajar más allá del nivel básico de competencias. Intentan crear compromiso, lealtad y motivación tanto individual como grupal. Este estilo se centra en las cualidades intangibles, como la visión, los valores compartidos y las ideas, con el propósito de crear relaciones, crear un ambiente común para favorecer a los seguidores en el proceso de cambio. El liderazgo transformacional está fundado en los valores, las creencias y las cualidades personales del líder y no en un proceso de intercambio entre los líderes y los seguidores (13,15,16).

Además, se puede distinguir entre un líder formal o informal. Según la formalidad de elección:

- **Formal:** Cuando una persona es oficialmente designada como líder de un grupo elegido por la empresa u organización (obligado cumplimiento) (17).

- **Informal:** Surge de manera natural o espontánea dentro de un grupo. No es oficialmente designado como tal. Aun así, motiva y ayuda a otros miembros del grupo para cumplir los objetivos (17).

### **1.3. Competencias que debe tener un buen líder**

En función de los valores y cualidades que posee un líder, se puede determinar si estos cumplirán sus funciones de una forma eficaz (4). Además, el líder no se puede otorgar a sí mismo la característica de ser auténtico. Solo la gente que trata con él puede descubrir su autenticidad (18).

Las características principales de un buen liderazgo son; carácter, compromiso, conexión con los demás, compasión y cuidado, confianza. Estos cinco elementos "las 5 C" del liderazgo, deben interactuar juntas y así todas serán beneficiosas y será efectivo el liderazgo (2,14).

- **Carácter:** El carácter es el principal componente de “las 5 C”. Proviene de los estándares y los valores adquiridos de la familia y/o de las creencias. La responsabilidad moral es esencial para la construcción del carácter, junto con la capacidad de reconocer lo que está bien de lo que está mal y el saber decir “No”. La capacidad de perdonar y de ser humilde (2).

- **Compromiso:** La responsabilidad es el factor que nos permite tener compromiso. Los líderes son los primeros que están comprometidos con su entorno de trabajo y la calidad del cuidado de los pacientes si quieren marcar una diferencia en la vida de otros (2).

- **Conexión con los demás:** Los líderes tienen que hacer un esfuerzo para conocer y tener relación con todo el personal. Los líderes son creíbles cuando demuestran y transmiten confianza y tienen verdadero interés por ayudar. Para poder unirse a las personas, es muy importante la comunicación (2).

- **Compasión y cuidado:** Los líderes deben demostrar sus sentimientos ante situaciones difíciles, de estrés o crisis, siempre con humildad. Deben cuidar y dar esperanza a la gente, tienen que estar atentos a las necesidades del personal y ponerlas encima de los deseos de uno mismo (2).

- **Confianza:** Los líderes confían en sí mismos (así lo transmiten de forma espontánea) y en los demás, en las capacidades para mejorar tanto a nivel profesional como personal. Es muy necesario para el crecimiento y el desarrollo de las habilidades de liderazgo (2).

La conjunción de valores y cualidades con las características básicas de un líder, permiten visualizar si estamos ante una persona diferente (Líder) o de un potencial no desarrollado (18).

#### **1.4. ¿Qué se necesita para desarrollar líderes en enfermería?**

Para potenciar líderes en enfermería, se necesita encontrar a personas que puedan tener, trabajar o formarse en las características que se identifican en el líder (2).

Esto refleja los aspectos visionarios del líder. Sólo se puede lograr si el líder tiene un sentido claro de cuál es su propia dirección (2). Simbolizan lo que realmente importa. Simbolizan el sentido y los valores de la organización (4,14).

Hacen que la gente comparta los ideales. Hacen “comprar” a la gente la importancia de la calidad y de que el paciente sea el centro. Hacen que estén orgullosos de la organización y de su propio trabajo. Hacen que la gente se sienta involucrada. Esto es

central respecto de la calidad, ya que los ideales de gestión participativa y gobierno compartido, hace que la gente se ponga a sí misma estándares más altos, si piensan que lo que ellos hacen, importa (14,19).

Obtienen todo el potencial de la gente. Para esto, proveen una cultura en la cual se libere la energía de la gente y se sientan libres para innovar. Una de las responsabilidades del líder es desarrollar las cualidades de liderazgo de los demás, dándoles la oportunidad de liderar (15).

Todos los enfermeros tienen la capacidad de desarrollar su liderazgo. Aunque no todos tengan todas las características necesarias, si se trabaja en ellas, se pueden convertir en un mejor líder (2).

## **2. Seguridad del paciente en quirófano**

Toda intervención quirúrgica conlleva asociado un importante riesgo, ya sea en la preparación del paciente, su estado de salud, estancia pre-quirúrgica, profilaxis antibiótica, el grado de contaminación de la cirugía y la duración de la intervención entre otras (7).

También hay riesgo de infecciones al realizar procedimientos invasivos, como incisiones, intubaciones, SV (Sondaje Vesical), sedaciones de largas horas pudiendo producir secreciones, etc. Los microorganismos son invisibles, pero están presentes tanto en el aire, como en los objetos animados e inanimados. Además, otro factor importante de riesgo entre los pacientes quirúrgicos son las infecciones nosocomiales (9,20,21).

Las ISQ (Infecciones del Sitio Quirúrgico) que se adquiere durante una cirugía puede comprometer la herida quirúrgica o ser una complicación sin relación con el procedimiento. La infección post-quirúrgica pueden conllevar a alguna complicación seria, potencialmente fatal, que puede ser secundaria a un solo fallo en la técnica estéril (21).

Por lo tanto, la base de la prevención, es el conocimiento de los agentes causales y su control, así como los principios de las técnicas de asepsia y técnica estéril. Por estos motivos, es importante mantener medidas especiales para evitar infecciones en quirófano. Entre ellas, se debe cumplir rigurosamente el protocolo de limpieza, asepsia y esterilidad del hospital, y limitar la circulación de personas en su interior (21).

El tema de la bioseguridad y la prevención de riesgos, no solo es una cuestión que afecta al paciente, sino que también afecta a todo el personal sanitario que desempeña una función en la sala de operaciones (8,21).

En cuanto a la Asepsia, que literalmente significa “sin infección”, implica la ausencia de microorganismos patógenos en el ambiente. Los métodos que evitan la contaminación microbiana en el ambiente, se conocen como técnicas de asepsia, y se utilizan tanto para proteger al paciente como al personal sanitario. Estas prácticas son la clave de la contención de microorganismos (21,22).

Se define como técnica estéril a la preparación y funcionamiento del campo estéril. Para proteger al paciente durante procedimientos invasivos se intenta reducir al mínimo la presencia de microorganismos en el campo estéril (22).

Siempre que se rompen las barreras cutáneas o se introducen elementos en el sistema vascular se genera un riesgo de infección para el paciente. Los elementos utilizados para estos procedimientos siempre deberían ser estériles para prevenir el ingreso de patógenos en el cuerpo del paciente (8,23).

Con el propósito de ubicarnos en el tema, según el psicólogo J. Reason, existen dos sendas para el error humano: el personal y el sistémico. En el Anexo V, se muestra un ejemplo del “queso suizo” donde los fallos y las barreras están representadas en él. Evitar los eventos adversos, no relacionados con la evolución o posibles complicaciones de la enfermedad; evitar los errores por acciones llevadas o no a cabo; errores por personas en contacto directo con el paciente, como falta de atención, despistes, distracciones, errores de valoración, incumplimiento, falta de entrenamiento, sobrecarga de trabajo, estrés, etc. (24,25).

Antes de empezar la incisión, es fundamental que el equipo se conozca suficientemente, pues en un trabajo multidisciplinar y verificar que no existe ninguna previsión de evento crítico (7,26,27).

Por último, antes de que el paciente salga del quirófano: se debe hacer un recuento de todo el instrumental, gasas y torundas, para verificar que no se olvide nada dentro de su cuerpo (23). Además, se debe establecer el plan de cuidados entre enfermería, anestesia y medicina (28).

Es por todo ello, la importancia de garantizar siempre la seguridad del paciente en quirófano (29).

## **2.1. Check-list**

Dado que todo lo que versa alrededor de un quirófano está relacionado en mayor o menor medida en la seguridad del paciente y su rápido restablecimiento, es necesario con el objetivo de cubrir esta parcela, que se establezcan unos procedimientos, protocolos y check-list que permitan en todos los casos cumplir con dicha misión principal (30).

La enfermera quirúrgica, referente de seguridad, vincula las prácticas asistenciales del proceso peri-operatorio con las prácticas definidas como seguras recogidas en el LVQ (Listado de Verificación Quirúrgico) y otras prácticas del plan de cuidados de los pacientes quirúrgicos (31).

El check-list o lista de verificación, es un instrumento recomendado por la OMS (Anexo VI) para que todo el equipo quirúrgico se implique en mantener la seguridad del paciente a lo largo de toda la intervención, es decir, en el pre-operatorio, intra-operatorio y post-operatorio (32).

Una de las mayores dificultades dentro de un quirófano, es conseguir que todos los miembros del equipo se involucren en la ejecución del check-list (28).

La intención de la OMS, ha sido crear una lista de verificación para garantizar la seguridad del paciente, con las siguientes características principales: concisa, breve, ejecutable, verbal, cooperativa, comprobada, en un espacio limitado e integrada y además, abarcando toda la intervención quirúrgica (31).

La enfermera circulante, es el miembro del equipo quirúrgico que se debe ocupar de la lista de verificación, ya que velar por la seguridad y el confort del paciente es uno de los roles autónomos de enfermería dentro de quirófano (31,32).

La comunicación entre todos los miembros del equipo es una de las competencias más necesarias para asegurar una buena intervención quirúrgica (30) y es necesaria la formación continuada y la implicación de todo el personal para la correcta aplicación de la LVQ (31).

De aquí, la importancia del liderazgo de enfermería para poder dar una buena seguridad al paciente en quirófano (1).

### 3. Equipo profesional en el área quirúrgica

El equipo del área quirúrgica ha de estar correctamente formado por todos aquellos profesionales que en cualquier momento o situación tengan que intervenir en la atención del paciente durante el acto quirúrgico. Suele estar integrado por el médico cirujano<sup>1</sup>, uno o dos ayudantes, anestesióloga, médicos residentes, enfermera instrumentista y circulante, enfermera anestesista y auxiliar de enfermería. El número del personal va en función de la complejidad de la cirugía (23).

El equipo quirúrgico se subdivide, en “equipo estéril” y “equipo no estéril”, según las funciones que realice cada miembro.

- El **equipo estéril**, es el que tiene acceso al campo estéril. Todos los miembros que forman parte del equipo estéril realizan el lavado quirúrgico, se ponen batas, guantes estériles y entran al campo quirúrgico.

Los miembros que conforman el equipo estéril son: Cirujana (o), Ayudante del cirujano y Enfermera (o) instrumentista (23).

- **Equipo no estéril**, es aquel que no tiene acceso al campo estéril. Tiene la responsabilidad de asegurar una técnica estéril durante la intervención quirúrgica. Son los encargados de manejar materiales y equipos que no se consideran estériles.

Los miembros que conforman el equipo no estéril son: Anestesióloga (o), Enfermera (o) circulante, Enfermera (o) de anestesia, Auxiliar de enfermería, Celador, Técnicos de radiología, etc. (23).

La función principal del personal sanitario es proporcionar una atención individualizada al paciente para llevar a cabo su intervención, permitiendo su posterior recuperación de una forma eficaz y favorable, evitando en la manera de lo posible las potenciales complicaciones (27).

En todo este proceso, es importante el papel de todo el equipo multidisciplinar y uno de los métodos que nos garantiza el éxito laboral, es el **trabajo en equipo** (3,7).

Esta es la herramienta fundamental para lograr la máxima calidad y seguridad en el trabajo (27). Dentro de los procedimientos de la cirugía, éstos implican una conciencia

---

<sup>1</sup> A lo largo de todo el trabajo se utilizará la expresión genérica en masculino, para denominar al colectivo que engloba tanto varones como mujeres. Y enfermera, en femenino, para referirse a los profesionales de enfermería tanto varones como mujeres. Al haber una mayoría femenina, suele utilizarse así esta expresión.

quirúrgica desarrollada en el conocimiento de la estricta adherencia a los principios de las técnicas de asepsia y esterilización y un determinado comportamiento por parte de los profesionales sanitarios (8).

Un papel primordial en este servicio lo tiene enfermería, ya que actúa en el desarrollo de cualquier operación y tiene la responsabilidad directa de los cuidados y bienestar de los pacientes (33).

### **3.1. El rol de enfermería en quirófano**

Enfermería actúa en el desarrollo de cualquier operación teniendo un papel importante y relevante en ese contexto (5), agilizando el proceso quirúrgico, ayudando al cirujano, manteniendo el orden en el quirófano y proporcionando apoyo al paciente para hacerle este proceso más confortable y llevadero (33,34).

La figura de la enfermera está comenzando a tomar un papel protagonista en los últimos años en el ámbito quirúrgico y más concretamente, en lo que hace referencia a las tareas de gestión. Además, seguramente, siga ocupando un papel muy importante en el futuro (1).

El papel de la enfermera quirúrgica referente de seguridad, ayuda a cumplir y hacer cumplir los protocolos y estándares de calidad y seguridad general, específicos del área quirúrgica (30).

La enfermera debe anticiparse en conocer qué tipo de intervenciones se realizarán al día siguiente para conocer las necesidades de los pacientes y garantizar la seguridad, agilizar y preparar todo el material necesario, con el objetivo de no provocar retrasos en las mismas (23).

Su participación en comisiones multidisciplinares aporta visión y valor. Sus acciones tienen repercusiones reales en los resultados de los indicadores, en los equipos y en la salud de los pacientes. Son los profesionales de enlace con el resto del equipo asistencial, de gestión y representatividad en comisiones y dirección. Potencian la excelencia en los cuidados. Promueven el conocimiento y la cultura de la seguridad y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales (8,24,32).

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Mediante una revisión de la literatura seleccionada, se pretende dar respuesta a los efectos que tiene el liderazgo de enfermería en la seguridad del paciente dentro del ámbito quirúrgico.

Como se ha señalado anteriormente, para garantizar la seguridad del paciente dentro de un quirófano, se requieren numerosas habilidades, actitudes, conocimientos y competencias, destacando la de liderazgo, específicamente sobre el rol de enfermería.

Realizar una formación continuada con capacitación y reciclaje sobre este tema, podría ayudar a los profesionales a actualizar sus conocimientos sobre este ámbito, aplicables a la práctica asistencial, seguridad del paciente y promoción de estrategias de coordinación entre todo el equipo quirúrgico, para hacer frente a la presión de tiempos, la importancia del cuidado humano, los errores, la comunicación y el trabajo en equipo.

## **3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la relación sobre liderazgo de enfermería y seguridad del paciente en quirófano?

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo general**

Explorar el papel que tiene el liderazgo en enfermería dentro del ámbito quirúrgico para la seguridad del paciente.

### **4.2. Objetivo específico**

1. Identificar en la literatura científica internacional el papel del liderazgo de enfermería en el área quirúrgica para la seguridad del paciente.

2. Analizar el significado del liderazgo de enfermería en la seguridad del paciente quirúrgico.

## **5. METODOLOGÍA**

### **a. Diseño**

Para alcanzar los objetivos del trabajo, se vio conveniente la realización de una revisión de la literatura, mediante la búsqueda estandarizada, rigurosa y sistemática de artículos sobre cómo influye el liderazgo de enfermería en la seguridad del paciente en quirófano.

La obtención de dicha información nos ayudará a conocer las acciones relacionadas con las competencias que definen el liderazgo en enfermería dentro del ámbito quirúrgico, respondiendo así al primer objetivo del trabajo.

### **b. Estrategia de búsqueda**

Para el presente trabajo se realizó una revisión de la literatura científica. Para ello se diseñó una estrategia de búsqueda utilizando las bases de datos Pubmed, Cinahl, Cochrane, Scielo y artículos extraídos de referencias de otras publicaciones.

En primer lugar, se realizó una búsqueda general sobre el tema, para encontrar las palabras claves y sinónimos. Los términos iniciales utilizados para esta búsqueda inicial fueron: "Leadership" y "Perioperative Nursing". A continuación, se realizaron diferentes combinaciones entre esas palabras clave y sus sinónimos, usando la búsqueda avanzada, hasta hallar la estrategia de búsqueda definitiva (Anexo II).

La búsqueda estratégica fue mediante las siguientes palabras clave: "leadership", "perioperative nursing", "patient safety", "patient harm", "surgical safety" y "risk management" con el objetivo de localizar artículos que pudieran dar respuesta a los objetivos planteados previamente.

Para identificar las palabras clave anteriores y tras una revisión general sobre el tema, se fueron anotando las principales palabras clave relacionadas con el tema, encontradas en los artículos consultados. Posteriormente, se observó si estaban en los DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), identificando: Leadership (Liderazgo); Perioperative Nursing (Enfermería Peri-operatoria); Patient Safety (Seguridad del Paciente); Patient Harm (Daño del Paciente), Surgical Safety (Seguridad Quirúrgica) y Risk Management (Gestión de Riesgos).

Además, se consultaron los términos MeSH en Pubmed. Para la traducción al castellano de los términos MeSH se utilizó el traductor y diccionario WordReference.com (<https://www.wordreference.com>).

Tras diversas búsquedas, finalmente se estableció una estrategia de búsqueda definitiva que permitió identificar estudios relevantes para el tema planteado. Además de utilizar estos términos, también se han utilizado los operadores booleanos “OR” y “AND” para definir la búsqueda.

La estrategia de búsqueda definitiva responde a dos términos: “Leadership” y “Perioperative Nursing” (Tabla 1).

**Tabla 1.** Estrategia final de búsqueda

<b>Leadership</b>	<b>1</b>	<b>Leadership</b>
<b>Perioperative nursing</b>	<b>2</b>	<b>Perioperative nursing</b>
<b>Patient safety y sinónimos</b>	3	Patient safety
	4	Patient harm
	5	Surgical safety
	6	Risk management
	7	<b>3 OR 4 OR 5 OR 6</b>
<b>Estrategia final de la búsqueda</b>	<b>8</b>	<b>1 AND 2 AND 7</b>

### c. Criterios de inclusión y exclusión

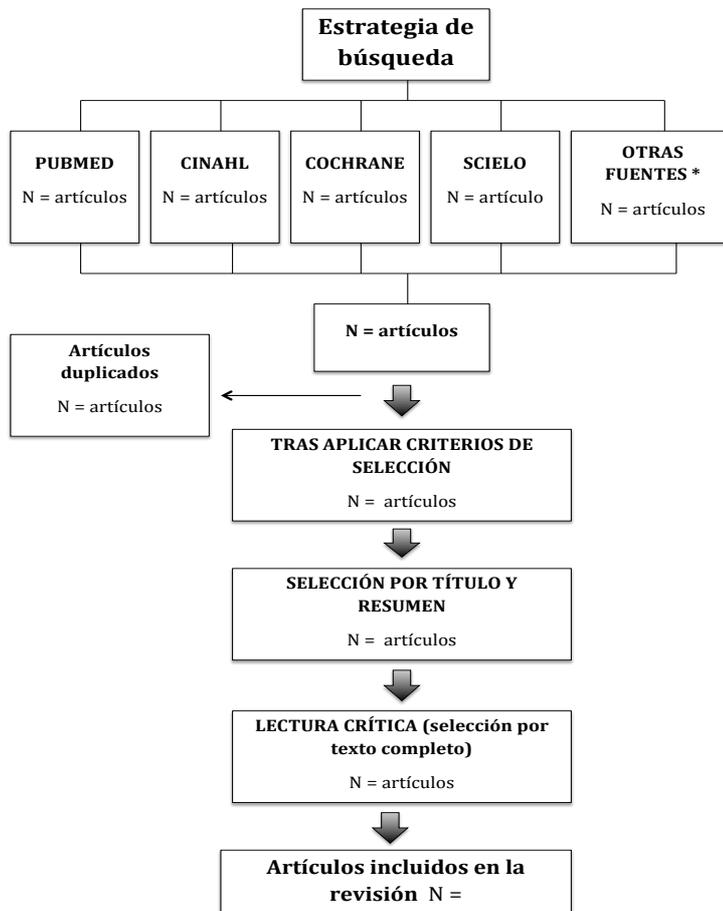
Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión, para cribar y sesgar los artículos que pudieran ser potencialmente útiles para los objetivos del trabajo y seleccionar así los artículos a incluir en esta revisión (Tabla 2).

**Tabla 2.** Criterios de inclusión y exclusión

<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
1. <b>Artículos que traten del tema liderazgo de enfermería peri-operatoria y seguridad del paciente</b>	1. Artículos con antigüedad mayor a once años.
2. <b>Estudios de investigación o revisión de la literatura.</b>	2. Artículos duplicados.
	3. Artículos publicados en otros idiomas distintos al inglés, castellano, catalán o portugués.
	4. Artículos no disponibles en texto completo

#### d. Selección de artículos y análisis

Para la selección de artículos se aplicó la estrategia de búsqueda en las diversas bases de datos y se eliminaron duplicados. Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión y los objetivos de la revisión, se procedió a la selección de los artículos por título, por resumen, y por texto completo. Además, para añadir más artículos se utilizó la técnica de snowballing, es decir, se extrajeron artículos para su revisión, de las referencias bibliográficas de los ya seleccionados. La figura 1, recoge el diagrama de flujo con el proceso descrito anteriormente.



**Figura 1.** Diagrama de estrategia de búsqueda

\* Incluida bibliografía de los artículos referenciados y obtenidos a través de esta investigación. Búsquedas manuales en Med Clínica (Revista Medicina Clínica) específicas y consultas a expertos en la materia.

Para la lectura, la gestión de almacenaje, la organización de documentos y la citación de las referencias se ha utilizado el Mendeley versión Mendeley Desktop (Mac v 1.19.4) (Anexo III).

El análisis de los resultados se realizó mediante una lectura reflexiva y una tabla de síntesis de artículos que sirvió de guía para el análisis bibliométrico y el análisis de contenido.

#### **e. Consideraciones éticas**

El presente trabajo, por ser una revisión de la literatura, ha tenido en cuenta las consideraciones éticas de los estudios incluidos en esta revisión y la información se ha extraído de artículos científicos. Dichos estudios, siguieron los protocolos y normativas específicas del Comité de Ética.

Para respetar las normas éticas y para evitar el plagio, se ha procedido a la citación de autores de artículos originales en el desarrollo de las ideas aportadas por cada uno de ellos y utilizados en el trabajo.

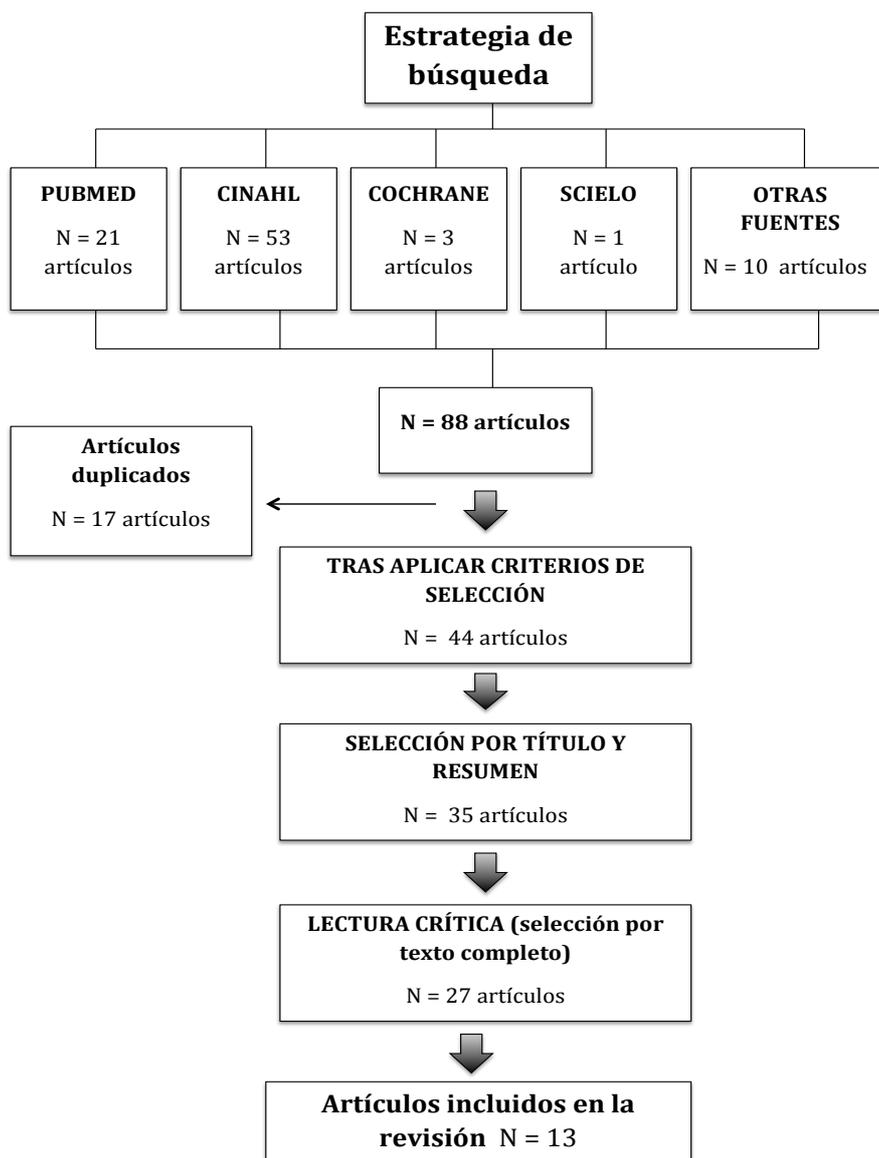
Se declara no tener ningún conflicto de intereses. Los artículos revisados también declararon no tener ningún conflicto de intereses.

### **6. RESULTADOS**

Finalmente, al aplicar la estrategia de búsqueda en las bases de datos mencionadas, se obtuvieron un total de 88 resultados. Y tras el proceso de selección, se incluyeron 13 artículos.

En alguna base de datos, como Cochrane, al no obtener resultados con la estrategia mencionada, se optó por utilizar una estrategia de búsqueda más sensible y menos específica. En el Anexo IV se pueden ver las estrategias realizadas en cada base de datos y los resultados obtenidos.

La Figura 2 muestra el diagrama de selección de artículos y los resultados.



**Figura 2.** Diagrama de selección de artículos

### a. Análisis bibliométrico

Los 13 artículos seleccionados para el estudio fueron descritos y sintetizados en la Tabla 14 (Anexo VII) donde se incluyeron: Nombre del artículo, autores, país y año de publicación, estudio y método usado y por último los resultados y conclusiones del estudio.

La presente revisión, recoge artículos publicados entre los años 2010 y 2020, teniendo en cuenta un filtro cronológico de 11 años. El 2019 es el año que hubo un mayor

número de publicaciones sobre el tema con un total de tres artículos (23,1%), seguido de los años 2013, 2014 y 2015 con un total de dos artículos por año (15,4%) (Tabla 3).

En relación al diseño del estudio, también se realizó una categorización de los artículos seleccionados (Tabla 4), predominando con un 46,2% los estudios mixtos: cualitativos y cuantitativos y con un 30,8% los estudios cualitativos.

En cuanto a la distribución geográfica de los estudios seleccionados, tres fueron publicados en Estados Unidos de América un 23,1%, y en otros países, solo un artículo por país (ver Tabla 5).

**Tabla 3.** Resultados de estrategia de búsqueda por años de publicación

Año de publicación	N =	%
2010	1	7,7%
2011	0	0,0%
2012	0	0,0%
2013	2	15,4%
2014	2	15,4%
2015	2	15,4%
2016	0	0,0%
2017	1	7,7%
2018	1	7,7%
2019	3	23,1%
2020	1	7,7%

**Tabla 4.** Categorización por diseño de los artículos seleccionados

Tipo de estudio	N =	%
<b>Estudio mixto: Cualitativo y Cuantitativo</b>	6	46,2%
<b>Estudio cualitativo</b>	4	30,8%
<b>Revisión de la literatura</b>	2	15,4%
<b>Estudio transversal</b>	1	7,7%

**Tabla 5.** Porcentaje y números de artículos clasificados por país

PAÍS	N =	%
<b>Estados Unidos de América</b>	3	23,1%
<b>Irlanda</b>	1	7,7%
<b>Suecia</b>	1	7,7%
<b>Noruega</b>	1	7,7%
<b>Nueva Zelanda</b>	1	7,7%
<b>España</b>	1	7,7%
<b>Reino Unido</b>	1	7,7%
<b>Canadá</b>	1	7,7%
<b>Jordania</b>	1	7,7%
<b>Australia</b>	1	7,7%
<b>Islandia</b>	1	7,7%

## **b. Análisis de contenido**

Tras la lectura y síntesis de los 13 artículos seleccionados, se identificaron tres temas concretos que dieron respuesta a la pregunta de investigación y a los objetivos propuestos al inicio del estudio.

El primer tema engloba aspectos relacionados con las medidas de seguridad que se están llevando a cabo dentro del ámbito quirúrgico, y se enumeraran los modelos que se han encontrado en los artículos seleccionados. En esta sección se describe también cómo influye el “check-list” y los efectos que tiene en la salud y seguridad del paciente.

El segundo tema, se centra en analizar la importancia de las habilidades en el efecto que tiene el liderazgo de enfermería en la seguridad del paciente en quirófano.

Finalmente, el tercer tema, menciona aquellas dificultades o barreras en la comunicación y el trabajo en equipo, que pueden influir en el liderazgo de enfermería y, por tanto, en la seguridad del paciente.

### **1. Medidas de seguridad que se están llevando a cabo dentro del ámbito quirúrgico**

La seguridad del paciente es una prioridad global. Se considera la piedra angular de una atención sanitaria de buena calidad y es uno de los retos más importantes en los entornos quirúrgicos en todo el mundo. Por este motivo es muy importante fomentar el intercambio de información y la unidad del equipo quirúrgico, para dar un enfoque individualizado y centrado en la seguridad del paciente (22,35,36).

En términos generales, para garantizar la seguridad del paciente es importante que estén presentes factores como, la apertura de la comunicación entre los miembros del equipo, retroalimentación y comunicación sobre el error, frecuencia del informe de eventos, respuesta no punitiva al error, aprendizaje organizativo y aprendizaje continuo (37,38).

Un paso positivo para mejorar la cultura de seguridad, es adaptar un estilo de liderazgo proactivo para que apoye las prácticas seguras (39).

El clima de seguridad puede ser una tarea difícil de llevar a cabo por parte del equipo quirúrgico, dado que se ha de buscar entre otros, un equilibrio entre la mejora de la

calidad y la responsabilidad, el apoyo a la atención a la seguridad y la alta fiabilidad, el desarrollo de la cultura más justa en la organización y el logro de menores tasas de eventos adversos (22,37,39).

Se ha constatado en diferentes estudios, que los eventos adversos en cirugía son un problema frecuente, potencialmente graves y muchas veces prevenibles, en relación a la herida quirúrgica, la técnica quirúrgica, afectaciones sistémicas, accidentes anestésicos y farmacología y cirugía en paciente distinto o en localización anatómica diferente, siendo las causas más frecuentes de efectos adversos el uso de medicamentos, las infecciones nosocomiales y las complicaciones peri-operatorias (32,37,40).

Mientras más compleja es una actividad, mayor es la probabilidad de cometer errores, es por ello, que se necesita que los profesionales de salud establezcan lazos multidisciplinarios de cooperación con todos los individuos involucrados en la atención médica (32,41).

Según diversos estudios, la seguridad del paciente es un desafío constante en el entorno peri-operatorio, en donde el error humano puede tener consecuencias mayores o menores. Reducir al mínimo las incidencias y los impactos y maximizar la recuperación de los efectos adversos debe ser la premisa fundamental. Para garantizar la seguridad del paciente es importante disponer de una información correcta sobre la situación de los pacientes, la planificación y la programación de la cirugía, para una mejor previsión y una planificación óptima (20,22,35,37,40).

La comunicación deficiente entre el equipo, es la causa más frecuente de eventos adversos en todas las facetas de la atención de la salud, lo que provoca malas prácticas, como retrasos en los tratamientos, errores de medicación y cirugías en el lugar equivocado, entre otras (22,40).

La enfermera, según el resultado de diversos estudios, considera que la colocación de los pacientes antes de que comience el procedimiento quirúrgico es implicación de todo el equipo. Es importante destacar una correcta colocación de los pacientes antes de que comience el procedimiento quirúrgico, para evitar de esta forma lesiones físicas, dolor crónico, lesiones a largo plazo, incomodidad y discapacidad, etc. La falta de comunicación, colaboración y de trabajo en equipo son las causas más frecuentes en este tipo de situaciones (20,38).

Diversos autores coinciden que, en general, los programas de formación en materia de seguridad tienen un efecto importante en la mejora de las actitudes de las enfermeras hacia una cultura de seguridad del paciente. Es importante destacar la implicación de los profesionales en el clima de seguridad, satisfacción en el trabajo, clima de trabajo en equipo, reconocimiento del estrés, percepciones de la dirección y condiciones de trabajo (22,42).

### **1.1. Cómo influye el check-list y los efectos que tiene en la salud y seguridad del paciente**

Se ha acreditado en varios artículos, que la lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS reduce la mortalidad quirúrgica en diversos entornos (32,41).

Pero estudios previos demuestran, que la utilización de las LVQ de la OMS no basta por sí sola para mejorar la seguridad de los pacientes. Ésta debe ir acompañada de estrategias más amplias que involucren tanto al personal que afecta, al trabajo en equipo, a la mejora de la comunicación entre todos los integrantes de este, para obtener una mejora en la seguridad del paciente y su atención general (41–43).

Uno de los principales objetivos de la LVQ es asegurar la comunicación entre los miembros del equipo y dar la información importante. Para ello, la implementación del listado de verificación es necesaria, ya que disminuye el riesgo de eventos adversos y disminuye la mortalidad (36,37).

La literatura muestra la importancia de que los profesionales adquieran habilidades en la implantación y la utilización de las listas de verificación, ya que tiene un factor positivo en la mejora de la comunicación del equipo quirúrgico, confirma información acerca del paciente y del procedimiento y ayuda a prevenir errores (42,43).

Según el resultado observado en diversos estudios, el objetivo de las LVQ y el establecimiento de un tiempo de espera tiene como fin proporcionar un conocimiento completo de los procedimientos, revisar los pasos clave para evitar errores y promover la seguridad en los quirófanos, un entorno en el que el riesgo de que se produzcan acontecimientos adversos es considerable. La implementación del uso de la LVQ y la realización de un tiempo de espera tiene como finalidad fomentar las actitudes de seguridad de todos los miembros del equipo y mejorar el clima de seguridad en quirófano (36,37).

La enfermera circulante, es el miembro del equipo quirúrgico que se debe ocupar de liderar la lista de verificación, ya que velar por la seguridad y el confort del paciente, es uno de los roles autónomos de enfermería dentro de quirófano (32,37,42).

En un artículo publicado en España en relación a la utilización de la lista de verificación, muestra que, por lo general, el coordinador de la lista de verificación será un enfermero circulante. Especifica también que debe haber una única persona encargada de realizar los controles de seguridad de la lista de verificación durante la operación, liderando en cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento para permitir que el coordinador de la lista confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas. Todos los pasos deben ser confirmados verbalmente por el miembro del equipo que corresponda, con el fin de garantizar la realización de las acciones clave (32).

Para que la aplicación de la lista de verificación tenga éxito, es fundamental que el proceso lo dirija una sola persona. El coordinador puede y debe impedir que el equipo pase a la siguiente fase de la operación mientras no se haya abordado satisfactoriamente cada uno de los puntos (32,42).

Sin embargo un estudio realizado en Nueva Zelanda, muestra que la aplicación de las listas de verificación (antes, durante y después de la intervención) es llevada a cabo en tres fases y cada una de estas es liderada por una distinta de entre las tres figuras clave en una intervención (anestesiista, cirujano y enfermería), delegando el liderazgo a cada una de estas figuras para conseguir que todo el personal se implique, haya una mayor seguridad y se consiga el éxito en la intervención (42).

Como se señala en diferentes estudios, una de las mayores dificultades dentro de un quirófano es conseguir la colaboración y la involucración de todos los miembros del equipo y el cumplimiento para garantizar la máxima seguridad (20,32,42,43).

Por último, algunos estudios han mostrado resultados positivos en el uso rutinario del check-list, para lograr una cirugía segura (32,37,41).

Por todo ello, es muy recomendable realizar más programas formativos sobre la aplicación correcta de las listas de verificación y estudios para validar los resultados positivos (32,37,41).

## **2. Importancia de las habilidades del liderazgo de enfermería en la seguridad del paciente en quirófano**

Distintos autores han descrito las habilidades del liderazgo de enfermería en la seguridad del paciente como una serie de capacidades que hacen posible una buena gestión entre los profesionales, la comunicación y la delegación, que son fundamentales para las funciones de liderazgo (20,37,43).

Un buen liderazgo de enfermería es esencial para que la cultura de una organización se desarrolle y tenga éxito (20,36). Una cultura de seguridad consciente de los riesgos, requiere de un buen liderazgo y la participación de todos los interesados, la capacitación y el aprendizaje en el trabajo y una buena comunicación (35,42).

En el contexto quirúrgico, es importante que las enfermeras adquieran las habilidades del liderazgo para establecer normas, rutinas y objetivos claros para promover la seguridad y minimizar el riesgo (40,42).

Hay estudios que hablan de la importancia que los profesionales de enfermería adquieran habilidades de liderazgo que les permita mantener una comunicación efectiva con todo el equipo para así garantizar la seguridad del paciente. Compartir el liderazgo en lugar de conferir la responsabilidad de dirigir todos los dominios únicamente al sub-equipo de enfermería de quirófano, puede contribuir a lograr la optimización (20,42,43).

En este sentido, el liderazgo transformador es esencial para mejorar la cultura de la seguridad del paciente y crear un entorno de innovación en materia de seguridad para las enfermeras quirúrgicas, además de que haya buenas relaciones entre los líderes y los profesionales para mantener un lugar de trabajo sano y seguro (39,42).

El liderazgo, por tanto, es esenciales para garantizar la seguridad de los pacientes (37). Un líder eficaz, es aquel que puede ganarse la confianza de los demás, puede obtener su apoyo y participación, puede trabajar tanto de forma autónoma como en equipo y tiene excelentes aptitudes de comunicación que pueden ayudar a realizar tareas comunes (20,40,42).

Los líderes pueden utilizar la influencia social que ostentan, para dirigir su organización en una dirección específica con el fin de lograr objetivos concretos y hacer que las organizaciones se comprometan (35,39).

Los líderes eficientes y eficaces, coordinan y facilitan el trabajo en equipo mediante la delegación de tareas, la realización de informes y briefing, la resolución de conflictos, la capacitación de los miembros del equipo, la incorporación de la formación del personal y el equilibrio de la carga de trabajo del personal, con el fin de minimizar los riesgos (35,42).

Por otro lado, es importante que el líder cree una atmósfera de confianza, seguridad y el tono establecido sea el adecuado, que todos los miembros del equipo se sientan igualmente valorados y confiados, y que su papel contribuye en la seguridad del paciente y en el rendimiento de la intervención (20,36,39).

Un interesante estudio transversal llevado a cabo en Islandia, muestra que los elogios desempeñan un papel crucial en el liderazgo, el empoderamiento, la supervisión, el estímulo, el reconocimiento de los logros y el mantenimiento de las normas profesionales que influyen en el bienestar de las enfermeras (44).

Los autores mostraron que los elogios pueden tener una marcada influencia en la satisfacción y la mejora de los resultados. Cuando las enfermeras reciben elogios influye en la percepción de su trabajo, hace que el personal se sienta más valorado. Los elogios son más efectivos cuando las enfermeras saben que su desempeño merece el reconocimiento de sus supervisores, cuando los elogios se dan de manera honesta, clara y significativa, las enfermeras son conscientes de que el reconocimiento especial inspira un mayor esfuerzo, recompensado en un comportamiento repetido y crea un entorno más agradable para trabajar. Los elogios influyen en el ambiente de trabajo, la satisfacción laboral y la práctica de las enfermeras en la seguridad de los pacientes quirúrgicos (20,36,39,44).

### **3. Dificultades o barreras en la comunicación y el trabajo en equipo**

En diversos estudios se ha detectado que existen dificultades o barreras en la comunicación entre los profesionales sanitarios (cirujanos, anestesistas y enfermeras) que participan durante el proceso de una intervención quirúrgica (37,43,44), y por tanto, dificultades en el ejercicio de este liderazgo enfermero (43).

Algunos de los aspectos que pueden dificultar el trabajo en equipo, se encuentran entre otros, que los miembros no estén familiarizados entre sí (no son equipo habitualmente). A menudo hay caras nuevas en los quirófanos (no hay conocimiento profesional), dada la frecuencia de las rotaciones del personal de enfermería y es

difícil mantener una mentalidad de equipo sólida en todo momento, conllevando dicha situación a malentendidos y errores, mientras que un equipo compuesto por miembros familiarizados y que estén acostumbrados a trabajar bien conjuntados, desempeñarán su labor de manera más eficiente y lograrán mejores resultados, promoviendo y maximizando en todo momento la mentalidad de equipo durante la intervención (20,36,40).

Diversos autores coinciden en que el fracaso de la comunicación y el trabajo en equipo, son algunas de las principales causas de daño al paciente y de los eventos adversos (20,22,37,42–44).

La comunicación deficiente es la causa más frecuente de efectos adversos en todas las facetas de la atención de la salud, lo que provoca entre otros, malas prácticas, retrasos en los tratamientos, errores de medicación y cirugía en el lugar equivocado (22,40).

Las consecuencias de los fallos de comunicación en la cirugía son evidentes en los acontecimientos en una cirugía en el lugar o el lado equivocado, la información inexacta o demasiado tardía, o que no llega a las personas que necesitan saberlo (influyen en lo que se comunica y cuándo se comunica), dejando cuestiones sin resolver hasta que se vuelven críticas (22,35,40).

Estar al tanto, implica estar informado y ser consciente de todo lo que ocurre, permite saber y comprender lo que está ocurriendo alrededor. Una comunicación apropiada permite una práctica eficiente. De ese modo, el personal de enfermería se mantiene continuamente informada de lo que ocurre en su entorno y así puede responder mejor, contribuyendo a minimizar los riesgos de error en el entorno peri-operatorio, junto con todos los miembros del equipo (22,35).

En relación al “time-out” o “tiempo de espera” permite entre otras cosas, la presentación de todos los miembros del equipo, garantiza que se sientan cómodos para compartir y expresar detalles y preocupaciones relacionados con la seguridad del paciente durante la intervención a realizar, permite revisar los pasos críticos, dirigir y coordinar el posicionamiento del paciente, establecer el tono de respeto y seguridad para cada miembro del equipo para asegurar un clima de seguridad, fomentar el espíritu de equipo y unirlo físicamente, obteniéndose como primer fin, una mejora significativa en el rendimiento del quirófano (20,36,38,40).

El tiempo muerto ha tenido un impacto favorable en actitudes de seguridad de los miembros del equipo y en el clima de seguridad general. Al involucrar a todo el equipo, fundamental para la gestión eficaz, se obtiene como resultado una mejora de la calidad (37,38,40).

Las presentaciones de los miembros del equipo ayuda a promover una mentalidad de equipo durante la intervención, ya que la única preparación efectiva para lo desconocido, es desarrollar un clima favorable en el quirófano que mejore la comunicación, la confianza y el respeto de todo el equipo y específicamente cuando un caso se vuelve difícil y las decisiones así como el ámbito quirúrgico se vuelve crítico (20,36,42).

Por último, una buena comunicación y un buen trabajo en equipo, pueden mejorar significativamente la seguridad del paciente, ya que los miembros del equipo deben trabajar juntos para coordinar todas las actividades que se llevaran a cabo (20,37,38,43,44).

La cultura de seguridad del paciente se puede ver reforzada a través de factores humanos, como el liderazgo, el empoderamiento del personal y el trabajo en equipo, situaciones que fomentan de per se, la mejora en la comunicación (22,42,43).

Este estudio ha permitido identificar la capacitación en liderazgo y trabajo en equipo como dos áreas clave para mejorar la seguridad del paciente en quirófano.

## **7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Este trabajo pretende recoger a través de una revisión de la literatura, información acerca de las intervenciones que se están llevando a cabo tanto a nivel nacional como internacional, en los efectos que tiene el liderazgo de enfermería y la seguridad del paciente, en quirófano.

Los estudios analizados, han demostrado que la buena comunicación y el trabajo en equipo repercuten positivamente en la implicación de los profesionales en los proyectos y actividades en las que participan (3,7,24,36,43).

Además, se ha observado en varios estudios, que es necesaria una formación específica en liderazgo y seguridad en el paciente para garantizar mejoras en la gestión y calidad de los procesos donde participan los profesionales afines (24,38).

Asimismo, se observa que, en la gran mayoría de estudios analizados en este trabajo, se han llevado a cabo en el contexto quirúrgico, teniendo en cuenta la visión enfermera. Sin embargo, se han encontrado otros que hablan del liderazgo y seguridad del paciente, pero enfocándose en el papel del cirujano, es por ello, que se concluye que es importante seguir realizando más estudios (7,11).

Se debe destacar que, la mayoría de artículos se basan en muestras pequeñas, pruebas piloto demasiado cortas o escalas de media no estandarizadas, que no permiten la cuantificación de los resultados y la extrapolación de los mismos. Aun así, los artículos incluidos en la revisión, expresan que la mejor manera de evaluar el programa es usando un método mixto con parámetros cualitativos y cuantitativos, así como la consideración de dicho servicio de manera holística, y teniendo en cuenta la perspectiva de los profesionales sanitarios del ámbito quirúrgico en llevar a cabo la implementación de programas (38,39,41).

También, se ha observado en la mayoría de los artículos analizados, la importancia en la implementación de las LVQ como un elemento clave en la fase de planificación de una intervención, ya que mejora la comunicación y evita errores u omisiones en la atención al paciente en el quirófano, aunque la utilización de las mismas, no se acredita que sean utilizadas siempre de forma obligatoria y sean seguidas en todas las intervenciones quirúrgicas por el personal afecto, cuando la utilización de las mismas debería ser obligatoria (31,32,45,46).

Se debe fomentar, dado que es importante para el futuro, el empoderamiento de todas las enfermeras quirúrgicas, y en generar nuevas herramientas para liderar y crear medidas de seguridad y repartir el trabajo en equipo (4,10,14,43).

Un claro ejemplo de la utilización del check-list o listas de comprobación de obligado cumplimiento la tenemos entre otros sectores, por ejemplo en el de la aviación (3,17,26,39,47-49).

Por muy demorado que vaya un vuelo en términos de tiempo o las exigencias propias de productividad de una aerolínea cualquiera, los check-list o listas de comprobación de la aeronave, se deben de cumplir a raja tabla sin posibilidad alguna de saltarse los protocolos de seguridad aérea (17,20,26).

Ningún comandante o capitán de aeronave dará la orden de iniciar un vuelo o autorizar un despegue, si el check-list de comprobación de la aeronave no ha sido

convenientemente contrastada entre el capitán y su piloto auxiliar y todo está correcto para el inicio de la operación de despegue (47,49).

Esto que parece tan obvio y es lo que nos permite tener seguridad a los pasajeros en cualquier vuelo que realicemos, es lo que debería ser en la práctica clínica, la utilización de las LVQ como de obligado cumplimiento por todo el personal afecto, sin excepción (3,26,47).

Dada la importancia de todos los procesos y momentos clave definidos en el punto anterior, queda suficientemente manifiesto que la existencia o no de una persona que lidere todas estas cuestiones planteadas, facilitará que estas permitan como objetivo final obtener un grado de éxito satisfactorio en todos los procesos quirúrgicos (3,26,41,47).

En conclusión, liderazgo en enfermería y seguridad del paciente en el quirófano, son dos conceptos que convergen y se complementan en un único objetivo, que cualquier paciente se pueda encontrar seguro y confortable de que, por muy simple y sencilla que pueda parecer una intervención en quirófano, está será resuelta por los profesionales afines de forma satisfactoria dada toda la praxis, protocolos, experiencia, medios y condiciones que serán puestos a su disposición para que esta sea un éxito en su resultado (14,24,27).

Liderazgo en Enfermería porque es la base del éxito en cualquier atención a un paciente. Sin liderazgo no hay dirección, sin dirección no hay destino, sin destino no hay éxito (2,3,14).

Seguridad del paciente en quirófano, porque no solo los protocolos, check-list, medios y condiciones son suficientes para el éxito de cualquier intervención, se precisa además la interpretación y aplicación de todos éstos para que el resultado sea un éxito (27,32).

He aquí que los dos conceptos convergen y se complementan, Liderazgo y Seguridad, no hay uno sin el otro (13,27,30). Por lo tanto, finalmente, la clave del éxito del programa consiste en conseguir integrar los dos elementos (7,27).

Por un lado, las medidas de seguridad por parte de los profesionales sanitarios, ya que el compromiso en proporcionar medidas de seguridad son un elemento muy importante para los pacientes en el ámbito quirúrgico (3,30,32).

Y por otro, el liderazgo que es el ingrediente básico para un buen proyecto de comunicación y trabajo en equipo, ya que fomenta la implicación de todos los profesionales y la unión de estos con el fin de proporcionar la máxima seguridad y atención a los pacientes, evitando así efectos adversos (minimización) (3,27).

Tras la síntesis de los estudios y teniendo presente la importancia del programa, se ha visto la necesidad de establecer un protocolo estándar acerca de la seguridad del paciente en quirófano, ya que sigue habiendo discordancias acerca de la implementación de los mismo, la muestra de interés y la manera de evaluar los cambios (25,32,41,45).

Hay que fomentar la implicación de los profesionales en los programas de formación y reciclaje, en el ámbito del liderazgo en el área quirúrgica (3,6,24,37).

## **8. IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA Y LA INVESTIGACIÓN**

Los resultados de la presente revisión de la literatura conllevan a una serie de implicaciones para la práctica clínica, para la docencia y para la investigación.

En primer lugar, dada la importancia que tiene tanto el liderazgo y la seguridad del paciente en el ámbito quirúrgico, se considera importante que los profesionales incorporen medidas contundentes sobre estas cuestiones.

En base a los datos obtenidos de los estudios analizados, se considera relevante resaltar algunos aspectos que podrían tener implicaciones en la práctica clínica, pudiendo destacar entre otros, la importancia de las medidas de seguridad, las habilidades del liderazgo de enfermería, cómo influye la implementación del check-list y el trabajo en equipo, para poder garantizar la seguridad del paciente.

Los resultados de la presente revisión pueden ayudar a los profesionales a identificar la importancia que supone la formación y reciclaje en estos aspectos. El trabajo en equipo y la implementación de las LVQ, puede superarse con formación específica y mejorar en consecuencia las habilidades del liderazgo y en la seguridad del paciente en quirófano.

Desde el punto de vista académico, se considera importante incorporar formación sobre liderazgo y seguridad, en estudios de pre-grado, post-grado y/o máster. Con ello, se aumentaría la satisfacción de los profesionales y mejoraría la práctica en este contexto.

Por otro lado, el liderazgo y la seguridad del paciente, se basan en una relación de confianza y trabajo en equipo. Estos aspectos son clave en este ámbito, para garantizar la seguridad del paciente.

Desde el punto de vista de enfermería, la presente revisión puede ser de gran ayuda para aclarar a este colectivo qué rol adquiere en la seguridad del paciente e identificar las posibles barreras que interfieren para conseguir dichos hitos.

Finalmente, desde el punto de vista de la investigación y en base a los resultados obtenidos de este estudio, se considera importante continuar investigando aspectos relacionados con el liderazgo de enfermería y la seguridad del paciente en quirófano.

A partir de todo lo que se menciona en la presente revisión de la literatura, propondría como investigación futura seguir estudiando en base a cuantos profesionales de la enfermería en el ámbito quirúrgico, han propuesto formarse específicamente en este contexto de liderazgo y seguridad, y qué tipo de facilidades han obtenido para poder realizarlo, desde el punto de vista académico.

También, poder observar y evaluar en un tiempo razonable, si entre todos los miembros del equipo quirúrgico ha habido alguna mejoría a nivel de calidad, en temas de comunicación, aplicación del check-list, tiempo muerto, trabajo en equipo y otras consideraciones afines.

Por último, se deberían fomentar estudios que permitan analizar estos temas descritos con muestras más amplias, con cruce de resultados por países de similar nivel sanitario, con resultados cualitativos más concretos y homogéneos, y que permitiera extrapolar los resultados de los mismos y generar posibles planes de implementación y crear planes de formación específicos que permitieran definir objetivos realistas y asumibles en el medio plazo.

## **9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Al revisar los artículos seleccionados por los criterios de inclusión de este estudio, se descartaron una gran cantidad de éstos, ya que muchos eran artículos narrativos, conferencias, congresos, estudios comparativos, etc.

Por otro lado, se descartaron una gran cantidad de artículos, que trataban sobre el liderazgo de enfermería en otros servicios de hospitalización, centrándose en las plantas hospitalarias, UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) y acerca del tipo de

actividades que realizan, aun siendo un tema de mucha actualidad. También se descartaron los estudios que hablaban solo sobre el liderazgo y seguridad del paciente, pero enfocándose en el papel del médico residente.

Por lo tanto, la mayoría de artículos encontrados, han servido para introducir el tema, pero han sido descartados para elaborar la parte de resultados y avalar los objetivos de estudio.

Además, dentro de los artículos que reunían los criterios de inclusión, los métodos usados para cuantificar los resultados han sido muchas veces cualitativos o poco estandarizados, por lo tanto, ha resultado difícil poder responder mejor a las preguntas de investigación.

## **10. REFLEXIÓN PERSONAL SOBRE EL APRENDIZAJE OBTENIDO**

**La elaboración del TFG (Trabajo de Fin de Grado), ha sido un gran reto personal, y culmina una ilusión iniciada hace más de cuatro años.**

Desde un principio, el tema a tratar me parecía muy interesante y era una de las opciones principales en mi selección inicial “El liderazgo de Enfermería en Atención Primaria”, aunque a mediados de enero del 2020 modificamos ligeramente el enfoque del tema, por falta de artículos.

Estuvimos debatiendo el asunto junto con mi tutora inicial, y me propuso dos temas opcionales a elegir; Liderazgo de Enfermería en Quirófano o bien Liderazgo de Enfermería Clínica.

Sin dudarlo, decidí el Liderazgo de Enfermería en Quirófano, ya que es el servicio en el que quiero formarme para mi futuro profesional y justo en ese momento estaba acabando las últimas prácticas en quirófano.

Es cierto que empezar con el trabajo del TFG fue muy complejo. Me costó iniciarlo dado que nunca antes había realizado este tipo de investigación y no sabía por dónde empezar. Estaba algo perdida en su elaboración.

El hecho de realizar este trabajo, me ha implicado un gran esfuerzo, cómo investigar, encontrar la información correcta y la que mejor se adecua al trabajo, leer artículos en lengua extranjera, sintetizar toda esta información, etc. Por eso, he de dar las gracias

a mis tutoras y a las tutorías que hemos realizado, ya que han sido esenciales. Me han orientado cuando estaba pérdida y me han guiado durante todo este proceso.

He intentado que el desarrollo del trabajo fuera constante, y llevarlo al día.

Una de las cosas que he aprendido gracias a la elaboración del TFG es la gestión del tiempo.

También he adquirido y mejorado distintas competencias como: aprender a investigar de una manera más rigurosa, adecuando objetivos y criterios de inclusión y exclusión al tema de interés; escoger artículos en base a una búsqueda avanzada y sintetizar información de artículos y exponerlo en los temas más importantes; capacidad de tomar decisiones basadas en el pensamiento crítico y la práctica reflexiva; conocer la terminología científica en otro idioma; a diferenciar los diferentes tipos de estudios según su metodología; conocimiento en el área de estudio; etc.

Me he dado cuenta de la importancia y la complejidad de una buena revisión bibliográfica para poder obtener la información adecuada.

Ha sido un desarrollo muy enriquecedor que me ha ayudado tanto a nivel personal como profesional. He fomentado mi pensamiento crítico reflexivo, mejorando mi comunicación escrita. Es gratificante, poder presentar este trabajo al final de mi grado profesional como enfermera.

Desde el 01 de enero de 2020, la OMS declaró año de la enfermera y la matrona, profesionales que desempeñan una labor diaria que no siempre es reconocida y abarca no solo el ámbito asistencial, también otros, como la investigación o la docencia.

Los profesionales de enfermería querían que 2020 fuera “una auténtica revolución”, con acciones dirigidas a aproximar la población a “la importantísima” labor que realizan. María Labrador Adjunta a la Secretaria General del Sindicato de Enfermería afirma que *“será un año para resaltar la aportación de las enfermeras y matronas en el desarrollo, la productividad y la felicidad de los ciudadanos, no solo en el ámbito sanitario sino en todos los estamentos de la sociedad”*.

Los aspectos positivos que nos ha traído el COVID-19, es la visibilidad de la profesión de enfermería en el año de las enfermeras.

En estos días de confinamiento tanto por el decreto dictado por el Gobierno de España al señalar el Estado de Alarma como por la OMS el 11 de Marzo de 2020 señalando pandemia internacional, vemos como nuestro sistema sanitario está casi en punto del colapso y sometido a un estrés permanente tanto de los profesionales que están dándolo todo por sus pacientes indistintamente de su edad, como por los medios que se están demostrando insuficientes para poder dar respuesta a una pandemia que nadie tenía prevista y además se carecía de estrategias de respuesta inmediata, que hubiera permitido atenuar los efectos malignos que está provocando el coronavirus COVID-19, su descontrol actual y los resultados perversos que estamos observando.

Reflexionando sobre la situación actual que estamos viviendo, pienso que no estábamos preparados para una pandemia a este nivel y no solo a nivel catalán, español y europeo, esto va más allá, a nivel mundial, tal y como los datos están demostrando.

Estamos preparados para muchos acontecimientos, aunque parezcan extraños e inverosímiles, como guerras, crisis económicas, sociales, etc., pero una pandemia virológica a este nivel, no lo habíamos previsto nadie, ni siquiera la OMS.

En este difícil futuro al que nos vamos a enfrentar la sociedad, esta va a requerir de potenciales profesionales, fuertes en sus competencias y habilidades, en donde el liderazgo juegue un papel determinante para mover equipos humanos en situaciones límites y complejas.

Por último y como futura profesional de enfermería, me encantaría estar aportando en estos momentos, mi granito de arena en cualquier centro hospitalario, ya que todo el personal sanitario afecto está siendo una figura crucial en el tratamiento de esta pandemia, anteponiendo y arriesgando sus propias vidas y la de sus familiares, para cuidar y curar a los pacientes necesitados.

Es cierto, que esto no es nada nuevo para todo el personal sanitario y esta labor la realizan siempre día sí y día también, con o sin pandemias, con estrés y sin descanso, pero con toda la fuerza y energía que da el sentir la profesión.

Considero que la profesión enfermera no está infravalorada, pero sí que se desconoce su desarrollo y desempeño, ya que la gente en general no valora suficientemente el trabajo realizado, ni conoce nuestra función hasta que la recibe de primera mano.

En estos momentos es cuando soy más consciente y creo que he acertado de pleno, con la profesión que he escogido.

Esperemos que esta pandemia acabe cuanto antes. Si luchamos todos juntos, venceremos.

## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cadafalch MC. La formación de la enfermería quirúrgica: Una visión comparativa desde Europa. 2004;10:275–97.
2. Aarón Ismael F. Leiva, L. Henrique Santos FP da SC. La importancia del liderazgo en el colportaje estudiantil. 2015;264.
3. Pera M. Liderazgo y trabajo en equipo: Una síntesis eficiente y necesaria en la cirugía actual. *Cir Esp.* 2010;87(6):337–8.
4. Ward SF, Haase B. Conscious leadership. *AORN J.* 2016;104(5):433.e1-433.e9.
5. Affleck D. A Canadian educator perspective on quality perioperative nursing practice. *ORNAC J.* 2017;35(3):13–37.
6. Fadrique Casero M. Enfermería en quirófano. *Uva Bibl Univ.* 2015;1:24.
7. Arenas Márquez H, Anaya Prado R. Errores en cirugía. Estrategias para mejorar la seguridad quirúrgica. *Cir Cir.* 2008;76(4):355–61.
8. Isabel Tobo Vargas N. La enfermera y la visión de seguridad del paciente en el quirófano en aspectos relacionados con la asepsia y la técnica estéril. Vol. 31, *Avances en Enfermería.* scieloco; 2013. p. 159–69.
9. García Barbero M. La alianza mundial para la seguridad del paciente. *Monogr Humanit.* 2004;209–20.
10. Marshall DC, Finlayson MP. Identifying the nontechnical skills required of nurses in general surgical wards. *J Clin Nurs.* 2018;27(7–8):1475–87.
11. Cervera S, Torregrosa L. El liderazgo como una competencia fundamental para el residente de cirugía general. *Rev Colomb Cir.* 2011;26:164–70.
12. Banschbach SK. Perioperative nurse leaders and their role in patient safety. *AORN J.* 2016;104(2):161–4.
13. González JC, Paulina M, Saavedra H, Gisel T, Rivera M, Luisa M, et al. Estilos de liderazgo en jefes de servicio de enfermería. *Rev Enfermería Neurológica.* 2013;12(2):84–94.
14. Souza, L. Paulo, Cordeiro, A. Luiza, Nunes de Aguiar R. O. El liderazgo en la visión de enfermeros líderes. *Enfermería Glob.* 2013;12(30):268–80.
15. Almirón Arévalo V. Liderazgo transaccional vs liderazgo transformacional. *ReiDoCrea.* 2015;4(1):24–7.

16. Contreras T. F, Barbosa D, Juárez Acosta F, Uribe Rodríguez A, Mejía C. Estilos de liderazgo, clima organizacional y riesgos psicosociales en entidades del sector salud: Un estudio comparativo. *Acta Colomb Psicol.* 2009;12(2):13–26.
17. Howell RA. Celebrating colleagues and their efforts to maintain a culture of safety. *AORN J.* 2015;102(2):196–9.
18. LeBlanc T. Preparing for leadership roles. *AORN J.* 2012;95(3):321–2.
19. Schebella G, Müller A, Dall’agnol C, Cavalcanti B, Dos Santos D. Liderazgo en enfermería : Análisis del proceso de elección de jefes. *Rev Latino-Am Enferm.* 2010;18(6):1–9.
20. Sandelin A, Kalman S, Gustafsson BÅ. Prerequisites for safe intraoperative nursing care and teamwork - Operating theatre nurses’ perspectives: A qualitative interview study. *J Clin Nurs.* 2019;28(13–14):2635–43.
21. Martínez FB, Zamora JB, Sánchez AL, Albacete MP, Jordana MC. Análisis de los factores de riesgo asociados a infección quirúrgica en un servicio de urología. *Rev Calid Asist.* 2007;22(2):89–93.
22. Habahbeh AA, Alkhalileh MA. Effect of an educational programme on the attitudes towards patient safety of operation room nurses. *Br J Nurs.* 2020;29(4):222–8.
23. Mauricio D, Dávalos M, M., Armenteros P, M., Coronel GC, et al. *Procedimientos de enfermería en el área quirúrgica.* 2015. 128 p.
24. Anaya Prado R, Bernardo Medina J, Pérez Navarro JV. Comunicación en el equipo quirúrgico y seguridad. *Cir Gen.* 2011;33(S1):96–8.
25. Landers R. Reducing surgical errors: Implementing a three-hinge approach to success. *AORN J* [Internet]. 2015;101(6):657–65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2015.04.013>
26. Chard R, Makary MA. Transfer of care communication: Nursing best practices. *AORN J.* 2015;102(4):329–42.
27. Hull L, Sevdalis N. El trabajo en equipo y la seguridad en cirugía. *Rev Colomb Anestesiol.* 2015;43(1):3–6.
28. Gutiérrez Fernández R, Fernández Martín J. La seguridad quirúrgica en el marco del Sistema Nacional de Salud de España. *Rev CONAMED.*

- 2010;15(4):188–94.
29. Laflamme LL. Enhancing perioperative patient safety: A collective responsibility. *AORN J.* 2017;106(5):435–42.
  30. Vítolo F. Comunicación efectiva en quirófano. :3.
  31. Woodman N, Walker I. Lista de verificación de la seguridad quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud. *World Fed Soc Anaesthesiol.* 2016;1–12.
  32. Pecci E. Checklist Quirúrgico. Una herramienta para la seguridad del paciente. *Rev Enferm CyL.* 2013;5(2):30–42.
  33. Bellido Vallejo, J. Carlos; Coll del Rey, E.; Quero Vallejo, J. Carlos; Calero García, M. José; Gálvez Gómez, Victoria; Gutiérrez Contreras, María Matilde; García Camacho, Carlos; Guerra Russo, Rosa María; Martínez García LM. Actividad e intervención enfermera en el periodo intraoperatorio. *Bibl Lascasas-Fundación Index.* 2009;(5):2.
  34. Bellido Vallejo JC, Fernández Salazar S, Estepa Osuna MJ, García Orea Álvarez M. Identificación y estandarización de la actividad de la enfermera circulante. *Evidentia.* 2010;7(32):1–8.
  35. Brien BO, Andrews T, Savage E. Nurses keeping patients safe by managing risk in perioperative settings: A classic grounded theory study. *J Nurs Manag.* 2019;27(7):1454–61.
  36. McLaughlin N, Winograd D, Chung HR, Van De Wiele B, Martin NA. Impact of the time-out process on safety attitude in a tertiary neurosurgical department. *World Neurosurg.* 2014;82(5):567–74.
  37. Lozito M, Whiteman K, Swanson-Biearman B, Barkhymer M, Stephens K. Good catch campaign: Improving the perioperative culture of safety. *AORN J.* 2018;107(6):705–14.
  38. Johnsen Brooker K, Vikan M, Thyli B. A qualitative exploratory study of Norwegian or nurses patient positioning priorities. 2019;597(May):593–7.
  39. Goldstein D, Nyce J, Van Den Kerkhof E. Safety perceptions of health care leaders in 2 Canadian academic acute care centers. *J Patient Saf.* 2017;13(2):62–8.
  40. Gillespie BM, Chaboyer W, Wallis M, Fenwick C. Why isn't "time out" being implemented? An exploratory study. *Qual Saf Heal Care.* 2010;19(2):103–6.

41. Bashford T, Reshamwalla S, McAuley J, Allen NH, McNatt Z. Implementation of the WHO surgical safety checklist in an Ethiopian referral hospital. *Patient Saf Surg.* 2014;8(1).
42. Ong APC, Devcich DA, Hannam J, Lee T, Merry AF, Mitchell SJ. A “paperless” wall-mounted surgical safety checklist with migrated leadership can improve compliance and team engagement. *BMJ Qual Saf.* 2016;25(12):971–6.
43. Robinson LD, Paull DE, Mazzia LM, Falzetta L, Hay J, Neily J, et al. The role of the operating room nurse manager in the successful implementation of preoperative briefings and postoperative debriefings in the VHA medical team training program. *J Perianesthesia Nurs.* 2010;25(5):302–6.
44. Sveinsdóttir H, Ragnarsdóttir ED, Blöndal K. Praise matters: The influence of nurse unit managers praise on nurses practice, work environment and job satisfaction: A questionnaire study. *J Adv Nurs.* 2016;72(3):558–68.
45. Tostes MF do P, Galvão CM. Implementation process of the surgical safety checklist: Integrative review. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2019;27.
46. Dirección General de Calidad y Educación en Salud D. Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía. 2015;2009.
47. Garrett JH. Effective perioperative communication to enhance patient care. *AORN J.* 2016;104(2):111–20.
48. Pettis AM. Decreasing surgical site infections by developing a high reliability culture. *AORN J.* 2018;108(6):644–50.
49. Plonien C, Williams M. Stepping up teamwork via teamSTEPPS. *AORN J.* 2015;101(4):465–70.

## 12. ANEXOS

### ANEXO I

Cronograma de actividades según la tipología de trabajo. Queda reflejado en la Tabla 6 las actividades llevadas a cabo desde el mes de septiembre de 2019 hasta el mes de mayo de 2020.

**Tabla 6.** Cronograma del desarrollo del TFG

FECHA	ACTIVIDAD	TAREA
26 SEPTIEMBRE 2019	Reftworks	- Explicación del uso del reftworks en la biblioteca.
30 SEPTIEMBRE 2019	Tutoría grupal	- Crear la portada y el índice de trabajo. - Definir objetivos y palabras clave. - Estructura básica del trabajo.
4 NOVIEMBRE 2019	1ª Tutoría individual	- Concretar pregunta de investigación, objetivos y palabras clave. - Planteamiento estrategia de búsqueda.
10 DICIEMBRE 2019	2ª Tutoría individual	- Gestor bibliográfico. - Profundizar en la búsqueda bibliográfica. - Selección de artículos, leerlos y obtener ideas generales.
17 ENERO 2020	3ª Tutoría individual	- Realizar introducción y justificación. - Profundizar en la búsqueda bibliográfica. - Realización de tablas y figuras.
10 MARZO 2020	4ª Tutoría individual	- Acabar apartados de introducción, marco teórico y objetivos. - Metodología: Tabla criterios de inclusión y exclusión.
18 MARZO 2020	5ª Tutoría individual	- Revisar metodología. - Reflexión personal. - Corrección de errores y dudas.
1 ABRIL 2020	6ª Tutoría individual	- Conclusiones. - Problemas éticos. - Profundizar en los resultados. - Empezar a redactar resultados bibliométricos (Tabla de descripción de artículos). - Revisar trabajo previo.
14 ABRIL 2020	7ª Tutoría individual	- Realizar últimos retoques al documento, aclaración últimas dudas. - Revisión final trabajo escrito. - Preparar defensa del trabajo.

## ANEXO II

En este apartado (Tabla 7), se presentan las cinco búsquedas utilizadas, hasta encontrar la que más se ajustaba al tema del proyecto:

**Tabla 7.** Búsqueda definitiva

N°	Búsqueda definitiva
1.	(((leadership) AND perioperative nursing) AND (((teamwork) OR check list) OR surgical safety))) AND (((patient safety) OR patient harm)
2.	((((leadership) AND perioperative nursing) AND teamwork) OR patient safety) OR surgical safety) OR patient harm
3.	((((leadership) AND perioperative nursing) AND teamwork) OR patient harm) OR surgical safety) OR risk management
4.	((leadership) AND perioperative nursing) AND (((patient safety) OR risk management) OR patient harm))
5.	((leadership) AND "perioperative nursing") AND (((("patient safety") OR "patient harm") OR "surgical safety") OR "risk management")

# ANEXO III

## Tabla 8. Uso del gestor bibliográfico Mendeley

Authors	Title	Year	Published In	Added
Garrett, J. Hudson	Effective Perioperative Communication to Enhance Patient Care	2016	AORN Journal	mar 26
Pecci, Esther	Cheklis Quirúrgico. Una Herramienta Para La Seguridad Del Paciente	2013	Revista Enfermería Cyl	abr 13
Havaei, Farinaz; MacPhee, Maura; Dahinten, V. Susan	The effect of nursing care delivery models on quality and safety outcomes of care: A cross-sectional survey study of medical...	2019	Journal of Advanced Nursing	1:05a. m.
Sandelin, Annika; Kallman, Sigridur; Gustafsson, Birgitta ...	Prerequisites for safe intraoperative nursing care and teamwork --Operating theatre nurses' perspectives: A qualitative interv...	2019	Journal of Clinical Nursing	1:05a. m.
Lozito, Michele; Whiteman, Kimberly; Swanson-Biearman, ...	Good catch campaign: Improving the perioperative culture of safety	2018	AORN Journal	1:05a. m.
Robinson, Lori D.; Paull, Douglas E.; Mazzia, Lisa M.; F...	The role of the operating room nurse manager in the successful implementation of preoperative briefings and postoperative d...	2010	Journal of Perianesthesia N...	1:05a. m.
Atefi, N.; Abdullah, K. L.; Wong, L. P.; Mazzoni, R.	Factors influencing registered nurses perception of their overall job satisfaction: A qualitative study	2014	International Nursing Review	1:06a. m.
Marshall, Dianne C.; Finlayson, Mary P.	Identifying the nontechnical skills required of nurses in general surgical wards	2018	Journal of Clinical Nursing	1:06a. m.
Brien, Brid O'; Andrews, Tom; Savage, Eileen	Nurses keeping patients safe by managing risk in perioperative settings: A classic grounded theory study	2019	Journal of Nursing Management	1:06a. m.
Johnson, Quinn; McVey, Janette	Enhancing pediatric perioperative patient safety	2017	AORN Journal	1:07a. m.
Jangland, Eva; Teodorsson, Therese; Molander, Karin; Mun...	Inadequate environment, resources and values lead to missed nursing care: A focused ethnographic study on the surgical w...	2018	Journal of Clinical Nursing	1:07a. m.
Bashor, Caleb J.; Patel, Nikit; Choubey, Sandeep; Bezyazi, A...	R E S E A R C H cooperative regulatory assemblies	2019		1:07a. m.
Tostes, Maria Fernanda do Prado; Galvão, Cristina Maria	Implementation process of the surgical safety checklist: Integrative review	2019	Revista Latino-Americana de En...	1:07a. m.
Chard, Robin; Makary, Martin A.	Transfer-of-Care Communication: Nursing Best Practices	2015	AORN Journal	1:07a. m.
O'Brien, Alanna; Redley, Bernice; Wood, Beverley; Botti...	STOPDVTs: Development and testing of a clinical assessment tool to guide nursing assessment of postoperative patients fo...	2018	Journal of Clinical Nursing	1:07a. m.
Gillespie, Bridid M.; Chabover...	Whv isn't 'time out' being implemented? An exploratorv studv	2010	Qualitv and Safetv	1:07a. m.

Authors	Title	Year	Published In	Added
Bellido Vallejo, José Carlos; Coll del Rey, Eugenio; Quero Vallej...	Actividad e intervención enfermera en el periodo Intraoperatorio	2009	Biblioteca Lascasas-Funda...	abr 13
Europa, Desde	QUIRÚRGICA : UNA VISIÓN COMPARATIVA	2004		abr 13
Landers, Ronda	Reducing Surgical Errors: Implementing a Three-Hinge Approach to Success	2015	AORN Journal	abr 13
Affleck, Dawn	a Canadian Educator Perspective on Quality Perioperative Nursing Practice	2017	ORNAC Journal	abr 13
Strech, Scott; Wyatt, David A.	Partnering to lead change: Nurses' role in the redesign of health care	2013	AORN Journal	abr 13
Guglielmi, Charlotte L.; Graling, Paula; Paige, John T.; Cammar...	Sustaining a Culture of Safety: Are We One Step Forward or Three Steps Back?	2013	AORN Journal	abr 13
Pérez Navarro, José Victor	Comunicación en el equipo quirúrgico y seguridad	2011	Cirujano General	mar 29
Cervera, Sergio; Torregrosa, Lilian	El liderazgo como una competencia fundamental para el residente de Cirugía General	2011	Rev Colomb Cir	mar 29
Aarón Ismael Florián Leiva, Luis Henrique Santos, Francisca Pi...	La importancia del liderazgo en el colportaje estudiantil	2015		mar 29
Schebella, G; Müller, A; Dall'agnol, C; Cavalcanti, B; do...	Liderazgo en enfermería : análisis del proceso de elección de jefes	2010	Rev. Latino-Am. Enfermagem	abr 13
García-Barbero, M	La alianza mundial para la seguridad del paciente	2004	Monografías humanitas	mar 26
Palareti, G.; Legnani, C.; Cosmi, B.; Antonucci, E.; Erba, N.; Poli...	Comparison between different D-Dimer cutoff values to assess the individual risk of recurrent venous thromboembolism: Anal...	2016	International Journal of Labor...	mar 26
Martínez, Francisco Botía; Zamora, José Blanco; Sánche...	Análisis de los factores de riesgo asociados a infección quirúrgica en un servicio de urología	2007	Revista de Calidad Asistencial	mar 29
	La enfermera y la visión de seguridad del paciente en el quirófano en aspectos relacionados con la asepsia y la técnic...	2013	Avances en Enfermería	ene 9
LeBlanc, Terri	Preparing for leadership roles	2012	AORN Journal	mar 26

Authors	Title	Year	Published In	Added
Gillespie, Bridid M.; Chabover, Wendy; Wallis, Marianne; Fen...	Why isn't 'time out' being implemented? An exploratory study in Health Care	2010	Quality and Safety in Health Care	1:07a. m.
Morath, Julianne; Fillipp, Rhonda; Cull, Michael	Strategies for enhancing perioperative safety: Promoting	2014	AORN Journal	1:07a. m.
Prati, Gabriele; Pietrantonio, Luca	Attitudes to teamwork and safety among Italian surgeons and operating room nurses	2014	Work	1:07a. m.
Ong, Aaron Pin Chien; Devcich, Daniel A.; Hannam, Jacqueline...	A 'paperless' wall-mounted surgical safety checklist with migrated leadership can improve compliance and team engag...	2016	BMJ Quality and Safety	1:08a. m.
Hababeh, Atallah A.; Alkhalaleh, Murad Abdulrahim	Effect of an educational programme on the attitudes towards patient safety of operation room nurses	2020	British Journal of Nursing	1:09a. m.
Monforte-Royo, Cristina; Villavicencio-Chávez, Christia...	The wish to hasten death: A review of clinical studies	2011	Psycho-Oncology	1:09a. m.
Goldstein, David H.; Nyce, James M.; Van Den Kerckhof, E...	Safety perceptions of health care leaders in 2 Canadian academic acute care centers	2017	Journal of Patient Safety	mar 26
Bashford, Tom; Reshamwalla, Sophie; McAuley, Jacqueline; ...	Implementation of the WHO Surgical Safety Checklist in an Ethiopian Referral Hospital	2014	Patient Safety in Surgery	1:10a. m.
Beydler, Kathy Williams	The Role of Emotional Intelligence in Perioperative Nursing and Leadership: Developing Skills for Improved Performance	2017	AORN Journal	mar 29
McLaughlin, Nancy; Winograd, Deborah; Chung, Hallie R.; Va...	Impact of the time-out process on safety attitude in a tertiary neurosurgical department	2014	World Neurosurgery	mar 26
Hull, Louise; Sevdalis, Nick	Teamwork and safety in surgery el trabajo en equipo y la seguridad en cirugía	2015	Revista Colombiana de A...	abr 13
Rich Ruiz, Manuel D.	Conferencia De Clausura Humanidad Y Ciencia En La Práctica Enfermera. Mirando Al Futuro Sin Olvidar El Pasado	2013		abr 13
Gutiérrez Fernández, Rodrigo; Fernández Martín, Juan	La seguridad quirúrgica en ele marco del Sistema Nacional de Salud de España	2010	Revista CONAMED	abr 13
McClelland, Guy; Smith, Mark B.	Just a routine operation: A critical discussion	2016	Journal of Perioperative Pra...	abr 13
Contreras T., Françoise; Barbosa, David; Juárez Acosta...	Estilos de liderazgo, clima organizacional y riesgos psicosociales en entidades del sector salud: Un estudio comp...	2009	Acta Colombiana de Psicología	abr 13

## ANEXO IV. Búsqueda de artículos en base de datos: Pubmed, Cinahl, Cochrane, Scielo.

**Tabla 9.** Búsqueda de artículos con número de resultados en Pubmed

History		<a href="#">Download history</a> <a href="#">Clear history</a>		
Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#10	<a href="#">Add</a>	Search ((leadership) AND "perioperative nursing") AND (((("patient safety") OR "patient harm") OR "surgical safety") OR "risk management") Filters: Full text; published in the last 10 years	<a href="#">21</a>	05:44:52
#9	<a href="#">Add</a>	Search ((leadership) AND "perioperative nursing") AND (((("patient safety") OR "patient harm") OR "surgical safety") OR "risk management") Filters: Full text	<a href="#">24</a>	05:44:50
#8	<a href="#">Add</a>	Search ((leadership) AND "perioperative nursing") AND (((("patient safety") OR "patient harm") OR "surgical safety") OR "risk management")	<a href="#">24</a>	05:44:42
#7	<a href="#">Add</a>	Search (((("patient safety") OR "patient harm") OR "surgical safety") OR "risk management")	<a href="#">73436</a>	05:44:14
#6	<a href="#">Add</a>	Search "risk management"	<a href="#">28341</a>	05:43:31
#5	<a href="#">Add</a>	Search "surgical safety"	<a href="#">1035</a>	05:43:14
#4	<a href="#">Add</a>	Search "patient harm"	<a href="#">1577</a>	05:43:04
#3	<a href="#">Add</a>	Search "patient safety"	<a href="#">45809</a>	05:42:59
#2	<a href="#">Add</a>	Search "perioperative nursing"	<a href="#">7099</a>	05:42:19
#1	<a href="#">Add</a>	Search leadership	<a href="#">66102</a>	05:42:05

**Tabla 10.** Búsqueda de artículos con número de resultados en Cinahl

Selecionar / anular selección de todo		Buscar con AND	Buscar con OR	Eliminar búsquedas	Actualizar lista de resultados	
Número de ID de búsqueda	Términos de la búsqueda	Opciones de búsqueda		Acciones		
<input type="checkbox"/> S8	S1 AND S2 AND S7	Ampliadores - Aplicar materias equivalentes Modos de búsqueda - Booleano/Frase		<a href="#">Ver resultados (53)</a>	<a href="#">Ver detalles</a>	<a href="#">Modificar</a>
<input type="checkbox"/> S7	S3 OR S4 OR S5 OR S6	Ampliadores - Aplicar materias equivalentes Modos de búsqueda - Booleano/Frase		<a href="#">Ver resultados (65,054)</a>	<a href="#">Ver detalles</a>	<a href="#">Modificar</a>
<input type="checkbox"/> S6	"risk management"	Limitadores - Fecha de publicación: 20100101-20201231 Ampliadores - Aplicar materias equivalentes Modos de búsqueda - Booleano/Frase		<a href="#">Ver resultados (11,604)</a>	<a href="#">Ver detalles</a>	<a href="#">Modificar</a>
<input type="checkbox"/> S5	"surgical safety"	Limitadores - Fecha de publicación: 20100101-20201231 Ampliadores - Aplicar materias equivalentes Modos de búsqueda - Booleano/Frase		<a href="#">Ver resultados (443)</a>	<a href="#">Ver detalles</a>	<a href="#">Modificar</a>
<input type="checkbox"/> S4	"patient harm"	Limitadores - Fecha de publicación: 20100101-20201231 Ampliadores - Aplicar materias equivalentes Modos de búsqueda - Booleano/Frase		<a href="#">Ver resultados (676)</a>	<a href="#">Ver detalles</a>	<a href="#">Modificar</a>
<input type="checkbox"/> S3	"patient safety"	Limitadores - Fecha de publicación: 20100101-20201231 Ampliadores - Aplicar materias equivalentes Modos de búsqueda - Booleano/Frase		<a href="#">Ver resultados (54,957)</a>	<a href="#">Ver detalles</a>	<a href="#">Modificar</a>
<input type="checkbox"/> S2	"perioperative nursing"	Limitadores - Fecha de publicación: 20100101-20201231 Ampliadores - Aplicar materias equivalentes Modos de búsqueda - Booleano/Frase		<a href="#">Ver resultados (5,425)</a>	<a href="#">Ver detalles</a>	<a href="#">Modificar</a>
<input type="checkbox"/> S1	leadership	Limitadores - Fecha de publicación: 20100101-20201231 Ampliadores - Aplicar materias equivalentes Modos de búsqueda - Booleano/Frase		<a href="#">Ver resultados (43,027)</a>	<a href="#">Ver detalles</a>	<a href="#">Modificar</a>

**Tabla 11.** Desarrollo de la estrategia de búsqueda de artículos con número de resultados en Cochrane

### Advanced Search

Search Search manager Medical terms (MeSH) PICO search<sup>BETA</sup>

Save this search View saved searches Search help

View fewer lines Print

+					
-	+	#1	liderazgo	Limits	11
-	+	#2	"enfermera perioperatoria"	Limits	1
-	+	#3	"seguridad del paciente"	Limits	18
-	+	#4	"daño del paciente"	Limits	55
-	+	#5	"seguridad quirúrgica"	Limits	394
-	+	#6	"gestión de riesgos"	Limits	369
-	+	#7	#3 OR #4 OR #5 OR #6	Limits	632
-	+	#8	#1 AND #2 AND #7	Limits	0

Clear all Highlight orphan lines

### Advanced Search

Search Search manager Medical terms (MeSH) PICO search<sup>BETA</sup>

Save this search View saved searches Search help

View fewer lines Print

+					
-	+	#1	leadership	Limits	1651
-	+	#2	"perioperative nursing"	Limits	106
-	+	#3	"patient safety"	Limits	6571
-	+	#4	"patient harm"	Limits	115
-	+	#5	"surgical safety"	Limits	103
-	+	#6	"risk management"	Limits	1241
-	+	#7	#3 OR #4 OR #5 OR #6	Limits	7943
-	+	#8	#1 AND #2 AND #7	Limits	0

Clear all Highlight orphan lines

### Advanced Search

Search Search manager Medical terms (MeSH) PICO search<sup>BETA</sup>

Save this search View saved searches Search help

Print

+					
-	+	#1	leadership	Limits	1651
-	+	#2	"perioperative nursing"	Limits	106
-	+	#3	#1 AND #2	Limits	0

Clear all Highlight orphan lines

En Cochrane, al no obtener resultados con la estrategia mencionada, se realizó una búsqueda mucho más amplia utilizando las palabras clave “leadership” y “perioperative nursing” aun así se obtuvieron cero resultados. Finalmente, ante la falta de resultados en Cochrane se optó por utilizar una estrategia de búsqueda aún más sensible y menos específica, revisando los resultados de “leadership” y en castellano, “liderazgo” y se obtuvieron tres artículos, pero tras el proceso de selección, fueron descartados.

The screenshot shows the Cochrane Library search interface. The search term 'liderazgo' is entered in the search bar. The results are filtered to show 3 Cochrane Reviews. The results list includes:

- 1** **Capacitación en gestión de recursos humanos de los supervisores para mejorar la salud y el bienestar de los empleados**  
Andreas Kuehn, Christian Seubert, Eva Rehfuess, Erik von Elm, Dennis Nowak, Jürgen Glaser  
Intervention Review 27 September 2019 Free access  
[Show preview](#)
- 2** **Intervenciones teóricas para la anticoncepción**  
Laureen M Lopez, Thomas W Grey, Mario Chen, Elizabeth E. Tolley, Laurie L Stockton  
Intervention Review 23 November 2016 New search Free access  
[Show PICO's BETA](#) [Show preview](#)
- 3** **Efectos de la formación interactiva de los profesionales de la salud sobre el tratamiento de las urgencias potencialmente mortales en el hospital**  
Abi Merriel, Jo Ficquet, Katie Barnard, Setor K Kunutsor, Jasmeet Soar, Erik Lenguerand, Deborah M Caldwell, Christy Burden, Cathy Winter, Tim Draycott, Dimitrios Siassakos  
Intervention Review 24 September 2019 Free access  
[Show preview](#)

Tabla 12. Búsqueda de artículos con número de resultados en Scielo

The screenshot shows the Scielo search interface. The search term '(leadership) AND ("perioperative nursing") AND ("patient safety" OR "patient harm" OR "surgical safety" OR "risk management")' is entered in the search bar. The results are filtered to show 1 result. The result list includes:

- 1. 8** **Implementation process of the Surgical Safety Checklist: integrative review**  
Tostes, Maria Fernanda do Prado, Galvão, Cristina Maria.  
*Revista Latino-Americana de Enfermagem* feb 2019, Volume 27 eolocation e3104  
Abstract: > ES > EN > PT | Text: ES EN PT | PDF: ES | ePDF: ES | PDF: EN | ePDF: EN | PDF: PT | ePDF: PT  
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.2921.3104>



Scientific Electronic Library Online

All indexes ▼ Search [» New search](#)  
Add field +

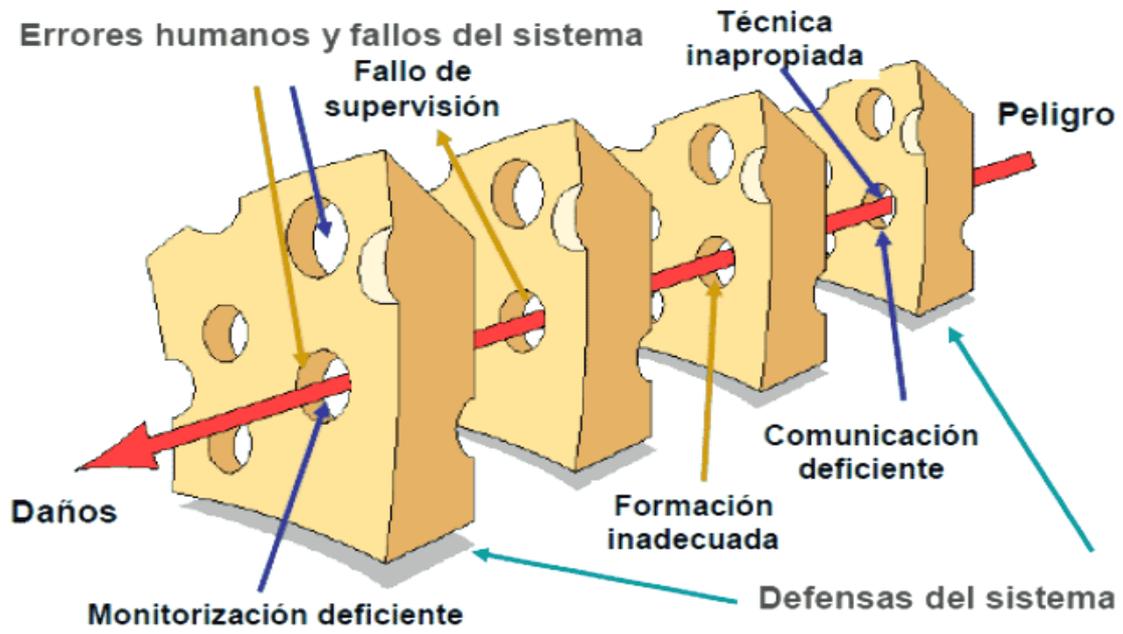
Your search history

Clean list

Id.	Search	Results	Actions
#8	Expression: #1 AND #2 AND #7 Filters:	0	
#7	Expression: #3 OR #4 OR #5 OR #6 Filters:	0	
#6	Expression: "risk management" Filters:	919	
#5	Expression: "surgical safety" Filters:	37	
#4	Expression: "patient harm" Filters:	14	
#3	Expression: "patient safety" Filters:	1.107	
#2	Expression: "perioperative nursing" Filters:	146	
#1	Expression: leadership Filters:	3.152	

## ANEXO V

Figura 3. Errores humanos y fallos del sistema



## ANEXO VI

A continuación, se muestra la lista de verificación de la seguridad de la cirugía (Tabla 13), mediante la cual se ha asegurado el rigor de la revisión sistemática realizada.

**Tabla 13.** Lista de verificación de la seguridad de la cirugía

<b>Lista de verificación de la seguridad de la cirugía</b>  <b>Organización Mundial de la Salud</b>		<b>Seguridad del Paciente</b> <small>Una alianza mundial para una atención más segura</small>
<b>Antes de la inducción de la anestesia</b> <small>(Con el enfermero y el anestesista, como mínimo)</small>	<b>Antes de la incisión cutánea</b> <small>(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)</small>	<b>Antes de que el paciente salga del quirófano</b> <small>(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)</small>
<p><b>¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?</b></p> <input type="checkbox"/> Sí	<p><input type="checkbox"/> <b>Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento</b></p> <p><b>¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?</b></p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede	<p><b>El enfermero confirma verbalmente:</b></p> <input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento <input type="checkbox"/> El recuento de instrumentos, gasas y agujas <input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente) <input type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos <p><b>Cirujano, anestesista y enfermero:</b></p> <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?
<p><b>¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?</b></p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede <p><b>¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?</b></p> <input type="checkbox"/> Sí <p><b>¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?</b></p> <input type="checkbox"/> Sí <p><b>¿Tiene el paciente...</b></p> <p>... <b>Alergias conocidas?</b></p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <p>... <b>Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?</b></p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y hay materiales y equipos / ayuda disponible <p>... <b>Riesgo de hemorragia &gt; 500 ml (7 ml/kg en niños)?</b></p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales	<p><b>Previsión de eventos críticos</b></p> <p><b>Cirujano:</b></p> <input type="checkbox"/> ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados? <input type="checkbox"/> ¿Cuánto durará la operación? <input type="checkbox"/> ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista? <p><b>Anestesista:</b></p> <input type="checkbox"/> ¿Presenta el paciente algún problema específico? <p><b>Equipo de enfermería:</b></p> <input type="checkbox"/> ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)? <input type="checkbox"/> ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos? <p><b>¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?</b></p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede	

La presente lista no pretende ser exhaustiva. Se recomienda completarla o modificarla para adaptarla a la práctica local.

Revisado 1 / 2009

© OMS, 2009

## ANEXO VII

Tabla 14. Descripción de los artículos incluidos

Título (referencia)	Autores(País, Año)	Diseño	Método y muestra	Resultados y conclusiones
1. <b>The role of the operating room nurse manager in the successful implementation of preoperative briefings and postoperative debriefings in the VHA medical team training program</b> (43).	Lori D. Robinson, Douglas E. Paull, et al. (Frank Lloyd Wright Drive, EE.UU., 2010)	Estudio mixto: Cualitativo y Cuantitativo.	<b>Método:</b> Programa de entrenamiento para mejorar la comunicación dentro del equipo quirúrgico. Entrevistas cualitativas y entrevistas semiestructuradas. <b>Muestra:</b> Instalaciones del estudio (n = 102) y profesionales sanitarios de la unidad de cirugía (n = 10.000 funcionarios).	<b>Resultados:</b> Se observa que el fracaso en la comunicación y el trabajo en equipo, es una de las principales causas de daños al paciente en quirófano. La enfermería es parte sustancial en el éxito de los resultados en quirófano si existe un liderazgo claro y suficiente. <b>Conclusiones:</b> Se acredita de forma suficiente después del estudio, que la implementación del informe de quirófano y el liderazgo en el mismo, mejora sustancialmente los resultados de comunicación y trabajo en equipo obteniéndose mejoras importantes en los resultados quirúrgicos.
2. <b>Nurses keeping patients safe by managing risk in perioperative setting: A classic grounded theory study</b> (35).	Brid O' Brien; Tom Andrew; et al. (Irlanda, 2019)	Estudio cualitativo.	<b>Método:</b> Teoría fundamentada Entrevistas individuales y reescritas. <b>Muestra:</b> Enfermeras que trabajan en el área peri-operatoria (n = 37) y (n = 11) hospitales diferentes.	<b>Resultados:</b> El estudio acredita que la orquestación y estar en el conocimiento en los entornos preoperatorios, minimizan los riesgos a los pacientes. De ello se deduce que promover una cultura de seguridad utilizando convenientemente las estructuras de gestión y los sistemas de apoyo necesarios, son esenciales para obtener buenos resultados. <b>Conclusiones:</b> Si se es consciente de los riesgos, un buen liderazgo permite minimizar los mismos, apoyado en una buena gestión, comprensión, conocimiento y comunicación efectivo entre el equipo liderado.
3. <b>Prerequisites for safe intraoperative nursing care and teamwork – operating theatre nurses' perspectives: A qualitative interview study</b> (20).	Annika Sandelin; Sigridur Kalman, et al. (Estocolmo, Suecia, 2019)	Estudio cualitativo descriptivo.	<b>Método:</b> Entrevistas semiestructuradas con análisis sistemático de datos. <b>Muestra:</b> Enfermeras de quirófano con mínimo dos años de experiencia (n= 16).	<b>Resultados:</b> Los participantes destacaron que el diálogo preoperatorio entre los miembros del equipo quirúrgico, es determinante para el buen resultado de cualquier intervención y, por tanto, de la seguridad del paciente. Las enfermeras entrevistadas han señalado que el liderazgo sobre el equipo de trabajo, obtiene una mejora significativa en la seguridad del paciente. <b>Conclusiones:</b> El equipo multidisciplinar con un buen liderazgo, son factores clave en el éxito de una intervención quirúrgica.
4. <b>Good catch campaign: Improving the perioperative</b>	Michele Lozito; Kimberly Whiteman; et al.	Revisión de la literatura.	<b>Método:</b> Análisis de artículos científicos y	<b>Resultados:</b> La mejora en la calidad obtenida en el proceso quirúrgico a través de una buena

<p><b>culture of safety (37).</b></p>	<p>(Pensilvania, EE.UU., 2018)</p>		<p>encuestas procesadas con un software de análisis de datos y estadística.</p> <p><b>Muestra:</b> Hospital de Pensilvania (n = 48 y 75 participantes).</p>	<p>comunicación entre los profesionales y un buen liderazgo durante la intervención y la aplicación de la lista de verificación, determina un incremento en la seguridad peri-operativa.</p> <p><b>Conclusiones:</b> Los miembros del equipo peri-operatorio deben estar integrados y deben saber comunicarse, gracias a ello y al buen liderazgo del equipo obtener así una mejora en la cultura de seguridad del paciente. Eso permite unos resultados positivos y evitar posibles demandas por mala praxis.</p>
<p><b>5. Impact of the time-out process on safety attitude in a tertiary neurosurgical department (36).</b></p>	<p>Nancy McLaughlin; Deborah Winogrand; et al. (Los Angeles, California, EE.UU., 2013).</p>	<p>Estudio mixto: Cualitativo y Cuantitativo.</p>	<p><b>Método:</b> Encuesta/cuestionario anónimo</p> <p><b>Muestra:</b> Centro Médico Ronald Reagan de la UCLA, encuestas a personas del equipo quirúrgico (n = 128) de los cuales la completan profesionales (n = 93).</p>	<p><b>Resultados:</b> Del estudio se deduce que el entrenamiento tanto del liderazgo como del trabajo en equipo permiten obtener mejoras significativas en la aplicación de los tiempos muertos previos a la incisión y una mejora en la seguridad del paciente. La utilización de listas de control de seguridad quirúrgica y su mejora continuada permiten obtener mejores resultados y tener una cirugía más segura.</p> <p><b>Conclusión:</b> Se demuestra a través de este estudio que los tiempos de espera y la revisión de las listas de verificación impactan favorablemente tanto en la seguridad en general en todos los aspectos en quirófano impactando favorablemente tanto en las actitudes, comunicación y trabajo en equipo.</p>
<p><b>6. A qualitative exploratory study of Norwegian OR nurses' patient positioning priorities (38).</b></p>	<p>Kathrine Johnsen Brooker; Magnhild Vikan; et al. (Noruega, 2020)</p>	<p>Estudio cualitativo.</p>	<p><b>Método:</b> Entrevistas cualitativas y entrevistas semiestructuradas.</p> <p><b>Muestra:</b> Hospital Universitario de Noruega, realizaron entrevistas a enfermeras de quirófano (n = 17) de cuatro departamentos diferentes del Hospital.</p>	<p><b>Resultados:</b> Puede haber errores en el posicionamiento del paciente en la mesa quirúrgica que provoquen lesiones posteriores y las cuales den responsabilidad tanto para el hospital como para el equipo quirúrgico. Dichos errores o accidentes se podrían evitar a través de una buena comunicación y liderazgo de la gestión del trabajo en equipo, provocando una mejora en la seguridad del paciente en todos los ámbitos.</p> <p><b>Conclusiones:</b> La formación de equipos específicos puede mejorar la comunicación, colaboración y la calidad del rendimiento del equipo de trabajo, que mejoren la seguridad del paciente, lo que implica una disminución de los errores y accidentes que se pueden producir debido a una mala posición del paciente en la mesa quirúrgica.</p>
<p><b>7. A 'paperless' wall-mounted surgical safety checklist with migrated leadership can improve compliance and team</b></p>	<p>Aaron Pin Chien Ong; Daniel A Devchich, et al. (Nueva Zelanda, 2017)</p>	<p>Estudio mixto: Cualitativo y Cuantitativo.</p>	<p><b>Método:</b> Estudio de observación.</p> <p><b>Muestra:</b> Hospital de Nueva Zelanda, realizaron</p>	<p><b>Resultados:</b> A través de un nuevo enfoque en la aplicación de las listas de verificación, por ejemplo, incorporando posters o murales en quirófano, en donde se detallan los ítems que se utilizan antes, durante y después de la intervención, provocando la</p>

engagement (42).			(n = 261) verificaciones en (n = 111) operaciones a los sub-equipos de quirófano (anestesiista, cirugía y enfermería).	comunicación y buscando la motivación de las tres figuras clave en una intervención (anestesiista, cirujano y enfermería) y poniendo en valor el liderazgo de estas figuras, para conseguir una mayor seguridad del paciente y el éxito en la intervención. <b>Conclusiones:</b> Es necesario comunicación y liderazgo para poder llevar a cabo esta nueva estrategia que provoque la involucración de todo el equipo quirúrgico.
<b>8. Checklist quirúrgico. Una herramienta para la seguridad del paciente (32).</b>	Esther Pecci Agustino. (Ávila, España, 2013)	Revisión de la literatura.	<b>Método:</b> Análisis de artículos científicos. <b>Muestra:</b> Conocer la opinión de los profesionales de la salud que han utilizado la lista de verificación en quirófano (no se aplica muestra).	<b>Resultados:</b> Queda demostrado que el check-list o el listado de control en los tres momentos de la intervención (peri-operatorio, intra-operatorio y post-operatorio) reduce de forma sensible las cifras tanto de errores quirúrgicos, como de lesiones importantes o severas al paciente. Dichos listados de control, deben ser adaptados a cada hospital, a cada quirófano y a cada especialidad quirúrgica para que los resultados que se obtengan sean de mejora sobre el estándar del hospital. <b>Conclusiones:</b> Si se especializan y ajustan los check-list de forma precisa a lo comentado anteriormente, se motiva al personal implicado y se establece que el mismo es de obligado cumplimiento por todos los profesionales afectos a la intervención, los resultados que se obtendrán serán de una mejora significativa con respecto a los anteriormente obtenidos.
<b>9. Implementation of the WHO surgical safety checklist in an Ethiopian referral hospital (41).</b>	Tom Bashford; Sophie Reshamwalla; et al. (Cambridge, Reino Unido, 2014)	Estudio mixto: Cualitativo y Cuantitativo.	<b>Método:</b> Entrevistas semiestructuradas y cuestionarios. <b>Muestra:</b> En un hospital público de Etiopía (África), enfermeras, cirujanos y anestesiistas (n = 20).	<b>Resultados:</b> Se acredita a través del estudio, que en aquellos hospitales donde los recursos económicos son limitados, todo aquello que no es prioritario, no se le da la importancia suficiente observándose en este caso que las listas de comprobación o listas de verificación, sobre seguridad quirúrgica, pasa a ser un tema secundario, no dándole la importancia que requiere por el personal quirúrgico. <b>Conclusiones:</b> Después de forzar a través de la mentalización, motivación y comunicación de la importancia de las listas de verificación a realizar por todo el personal quirúrgico, una vez aplicadas las mismas, demuestra una significativa mejora en los resultados de las intervenciones estudiadas. Por lo que se deduce, que, si se le da la importancia suficiente a la aplicación de las listas de verificación, los resultados que se obtendrán a futuro, serán de gran logro en la práctica clínica. No necesariamente la falta de recursos económicos no debe ser sinónimo del no

				cumplimiento de un procedimiento que a todas luces aporta beneficios sustanciales, tanto para la seguridad del paciente, como en la calidad de la intervención y su resultado exitoso.
<b>10. Safety perceptions of health care leaders in 2 canadian academic acute care centers</b> (39).	David H. Goldstein; James M. Nyce. (Canadá, 2014)	Estudio mixto: Cualitativo y Cuantitativo.	<b>Método:</b> Encuesta/Cuestionarios. <b>Muestra:</b> Dos hospitales canadienses, realizan encuestas (n = 142), en dos subgrupos: dirigentes/área administrativa y la parte sanitaria (primera línea).	<b>Resultados:</b> No queda acreditado a través de este estudio, aunque si se demuestra una brecha importante entre lo que entienden los directivos de estos centros, en cuanto a la seguridad del paciente versus el personal sanitario que actúa en primera línea, a los cuales si les importa y mucho la seguridad del paciente. Se observa que la edad de los directivos afecta sensiblemente al compromiso en profundizar en temas de seguridad al paciente. Tal vez la edad, la formación previa de estos y los objetivos económicos de los hospitales a los que representan, están por delante de temas de seguridad al paciente. <b>Conclusiones:</b> Tal vez, el reciclaje y formación a los cuadros directivos actualizándolos en tema de seguridad y junto al liderazgo necesario, se obtendría una mejora, no solo en la comunicación y entendimiento de estos conceptos con el personal de primera línea, sino que, debería ser una meta en la consecución de que la seguridad al paciente fuera un objetivo primordial y un elemento de mejora continuada para asumir mejoras significativas en la reducción de incidencias y efectos adversos.
<b>11. Effect of an educational programme on the attitudes towards patient safety of operation room nurses</b> (22).	Atallah A Hababbeh; Murad Abdulrahim Alkhalailah. (Ammán, Jordania, 2019)	Estudio mixto: Cualitativo y Cuantitativo.	<b>Método:</b> Programa de formación en una cultura de seguridad del paciente para enfermería y realización de un cuestionario final. <b>Muestra:</b> Seis hospitales militares de Jordania, enfermeras quirúrgicas (n = 66).	<b>Resultados:</b> Se constata en este estudio que un bajo nivel educacional y cultural no prioriza aspectos determinantes como el de la seguridad de los pacientes en quirófano. Bajos factores de educación provocan falta de interés en aspectos determinantes en la seguridad de un paciente. <b>Conclusiones:</b> Cuando se propone una formación continuada a un personal de enfermería de quirófano con actitudes previamente negativas se obtiene una mejora en esa actitud, una concienciación del concepto de la seguridad del paciente en quirófano y una motivación suficiente para seguir mejorando los aspectos de seguridad en general.
<b>12. Why isn't 'time out' being implemented? An exploratory study</b> (40).	Brigid M Gillespie; Wendy Chaboyer; et al. (Australia, 2015)	Estudio cualitativo.	<b>Método:</b> Teórico fundamentado, entrevistas grabadas (45 - 60 minutos). <b>Muestra:</b> Se realizan entrevistas a médicos, anestelistas y enfermeras de quirófano (n = 16) en un Hospital de	<b>Resultados:</b> Siendo un estudio con una muestra muy pequeña para poder determinar la aplicación del tiempo muerto y el cuándo debe de aplicarse, se pone de manifiesto que los fallos de comunicación en cualquier cirugía, provocan fallos de seguridad y problemas importantes en la salud del paciente. Es obvio, que las aplicaciones de un tiempo muerto en las cirugías pueden permitir mejoras en el resultado quirúrgico.

			Australia.	<p><b>Conclusiones:</b></p> <p>Cualquier protocolo que puede mejorar la salud y seguridad del paciente, deben ser implementados como protocolos de ayuda, dado que los mismos no solo mejorarán la comunicación y coordinación del trabajo en equipo sino que obtendrán éxitos asegurados en dichas intervenciones quirúrgicas.</p>
<p><b>13. Praise matters: the influence of nurse unit managers' praise on nurses' practice, work environment and job satisfaction: a questionnaire study (44).</b></p>	<p>Herdís Sveinsdóttir; Erla Dögg Ragnarsdóttir; et al. (Islandia, 2015)</p>	<p>Estudio transversal.</p>	<p><b>Método:</b></p> <p>Encuestas exploratorias y cuestionarios estructurados.</p> <p><b>Muestra:</b></p> <p>Hospital Universitario Público de Islandia, al departamento de enfermería de quirófano (n = 187), periodo de un mes.</p>	<p><b>Resultados:</b></p> <p>El estudio intenta relacionar los elogios dispensados por los directores de enfermería, con respecto a las mejoras producidas en el personal afecto a la unidad.</p> <p>Está claro que los elogios son una forma sencilla, gratuita y eficaz para recompensar a los empleados, pero cuando estos lo son de verdad y sienten la profesión por su propia profesionalidad, el mero hecho de elogiar no va a aportar mejoras en la seguridad del paciente, en la productividad y en ahorro de costes, aunque desde el punto de vista psicológico, dichos elogios mejoren las actitudes, la comunicación y en definitiva la satisfacción en el trabajo.</p> <p><b>Conclusiones:</b></p> <p>Al ser esta una muestra muy reducida, no se puede extrapolar de forma global que los elogios por parte de los directores de una unidad de enfermería, tengan una influencia muy positiva por encima de lo que conlleva propiamente la estimulación de cualquier persona a través de los elogios positivos.</p> <p>Cuanto más liderazgo existe en la parte directiva, más influencia positiva se produce en todas las personas afectas a esa unidad.</p>