

Estrategia para favorecer la actitud hacia la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

Educational strategy for the improvement of nursing staff's attitude towards the Surgical Safety Checklist

Perla Karelina Estrada-Rodríguez,* Roberto Palemón González-Cobos**

RESUMEN

* Enfermera Especialista Quirúrgica. Hospital de Ortopedia «Victorio de la Fuente Narváez».

** Maestría en Educación Médica. Diplomado de Investigación en Enfermería.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Correspondencia:

PKER, perlakarelina@gmail.com

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no tienen.

Citar como:

Estrada-Rodríguez PK, González-Cobos RP. *Estrategia para favorecer la actitud hacia la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía*. Rev CONAMED 2019; 24(1): 30-37.

Financiamiento:

El trabajo de investigación no recibió financiamiento.

Recibido: 19/12/2018.

Aceptado: 15/01/2019.

Introducción: La Lista de Verificación Seguridad de la Cirugía (LVSC) es una herramienta que contribuye a fortalecer la seguridad para el paciente que se somete a un evento quirúrgico. Su eficacia depende, en gran medida, del interés y la relevancia que el equipo de salud le concede; es decir, de su actitud hacia ella. Una actitud se define como la disposición favorable o desfavorable hacia un objeto, persona o situación de la realidad y es resultado de la experiencia. El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de una estrategia educativa en la actitud de los profesionales de enfermería hacia la LVSC. **Material y métodos:** Se construyó y validó una escala de medición tipo Likert con el propósito de evaluar la actitud hacia la LVSC y se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental mediante una intervención de estrategia educativa. El universo de estudio lo constituyó el personal de enfermería adscrito al Área de Quirófanos de dos hospitales públicos. Mediante un muestreo estratificado y por conveniencia se integraron dos grupos de 12 y seis enfermeras, respectivamente; quienes participaron en sendas estrategias de cinco sesiones, de 45 minutos de duración cada una. Se aplicó el instrumento de medición antes y después. Se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas. **Resultados:** Participaron, en total, 18 enfermeras (12 quirúrgicas y seis generales). Todas mostraron puntuaciones más altas en su actitud hacia la LVSC después de la intervención. La diferencia resultó estadísticamente significativa. No hubo diferencias entre las sedes hospitalarias ni entre las categorías profesionales. **Conclusiones:** La estrategia educativa demostró ser eficaz para mejorar la actitud de las participantes hacia la LVSC.

Palabras clave: Lista de verificación seguridad de la cirugía, actitud, educación en enfermería.

ABSTRACT

Introduction: The Surgical Safety Checklist (SSC) is an instrument that contributes to strengthen the security of the patient that undergoes a surgical event. Its efficiency depends largely on the interest and relevance that the healthcare team concedes to it, in other words, on the attitude towards it. An attitude is formally defined as the favorable or unfavorable readiness towards an object, person or situation of reality, and comes as the result of experience. The objective of this study was to assess the effect of an educational strategy on the attitude of the nursing specialists towards the SSC. **Material and methods:** A Likert-type measuring scale was built and validated with the propose of assessing the attitude towards the SSC and a quasi-experimental design was carried out through an educational intervention. Nursing staff assigned to the operating rooms of two public hospitals constituted the universe of the study. For convenience and through a stratified sampling, two groups of 12 and 6 nurses were formed respectively. Both participating in strategies of five sessions of 45 minutes each. Before and after, the measuring instrument was applied. Non-parametrical statistics test were utilized. **Results:** Eighteen nurses (12 surgical and 6 general) participated. All of them showed higher scores in their attitude towards the SSC after the intervention. The difference shown to be statistically significant. **Conclusions:** The education strategy turned out to be successful on improving the attitude of the participants towards the SSC.

Key words: Surgical Safety Checklist, attitude, nursing education.

INTRODUCCIÓN

La seguridad se define como el conjunto de acciones interrelacionadas que tienen como objetivo prevenir y reducir los eventos adversos que implican un daño al paciente como resultado de la atención médica que recibe y debe considerarse como fundamento esencial y necesario de la buena calidad de la atención sanitaria y estar basada en un enfoque preventivo.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente –creada en octubre del 2004 por la Organización Mundial de la Salud– publicó en 2008 la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).¹ Esta es una herramienta eficaz que tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad, además de fomentar la comunicación y el trabajo en equipo, con un método sistemático y de bajo costo que permite a los miembros del equipo quirúrgico crear barreras para poder reducir los eventos adversos relacionados con la atención quirúrgica. Es el registro donde las actividades desarrolladas a lo largo de la cirugía se verifican de manera escrita –como complemento a la verificación verbal– y se fundamenta en tres principios: simplicidad, amplitud de aplicación y mensurabilidad.² Evita los riesgos más eminentes de la cirugía y contribuye a guiar a los equipos quirúrgicos para evitar la materialización de eventos adversos. Su implementación puede mejorar la seguridad del acto quirúrgico en los siguientes aspectos: identificación de pacientes, seguridad del acto anestésico, cirugía en lugar erróneo, información y consentimiento informado, profilaxis antibiótica, profilaxis antitrombótica, pérdida de piezas anatómicas y olvido de cuerpos extraños.³ Es fundamental que se realice la operación en tres fases: el periodo anterior a la anestesia (entrada), el periodo posterior a la anestesia y a la incisión quirúrgica (pausa quirúrgica) y antes del cierre de la herida o inmediatamente posterior (salida). En cada una de las fases, antes de continuar el procedimiento, se ha de permitir que el responsable de llenar la LVSC confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas. Cada fase debería utilizarse como una oportunidad de verificar el cumplimiento de las medidas de seguridad fundamentales.

Para el Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General es muy importante

que cada organización implemente la LVSC en todos los procedimientos quirúrgicos llevados a cabo dentro y fuera de la sala de operaciones y es muy importante que estas acciones se realicen de la manera correcta y en el momento oportuno.

El Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con un amplio espectro de especialidades al servicio de la salud de los derechohabientes, muchas de las cuales realizan procedimientos quirúrgicos de diversa complejidad técnica.⁴ Las actitudes pueden influir en el trabajo de todo el equipo inmerso en el proceso, donde cada acto cuenta para lograr el principal objetivo: la seguridad y la recuperación del paciente. Dado que los profesionales de enfermería están implicados en este proceso como protagonistas de las acciones de seguridad, es necesario tener una actitud favorable para el cuidado de los pacientes.

Se define como actitud a la predisposición para la acción. Es un estado psicológico que se expresa mediante un comportamiento ante una determinada persona, objeto o situación de la realidad.⁵ No se puede hablar de una actitud en abstracto sino en relación a un objeto en particular. Hablamos de una actitud favorable o desfavorable hacia algo o alguien. Es una orientación sistemática de la conducta hacia determinados objetos del mundo social. Esto significa que un individuo se comportará de manera más o menos consistente y duradera ante la presencia de un objeto actitudinal específico, de acuerdo con las condiciones del entorno. Ninguna actitud es innata, sino que todas son adquiridas en la interacción social; es decir, son producto de la experiencia de vida de cada sujeto. Esto significa que un individuo se comportará de manera más o menos consistente y duradera ante la presencia de un objeto actitudinal específico, de acuerdo con las condiciones del entorno. Nuestras actitudes vinculan nuestro aparato psíquico con el mundo en el que vivimos, en el doble sentido de que se configuran a partir de nuestra experiencia en el contexto social y que orientan nuestro comportamiento en él. Las actitudes forman parte de nuestra vida y de nuestro comportamiento, las adquirimos en el transcurso de nuestra interacción social. Al ser aprendidas son susceptibles de modificación. La exposición a otra información, a otros grupos o nuestra experiencia personal pueden cambiar nuestras actitudes, así como generar otras nuevas.⁶

En una actitud podemos reconocer tres componentes: 1. Cognoscitivo. Se refiere al conjunto de conceptos, ideas y creencias, que tienen relación con el objeto actitudinal. Es decir, es la manera como se representa en nuestra conciencia ese aspecto específico de la realidad. 2. Afectivo. Tiene que ver con las emociones de atracción o rechazo que despierta el contacto con el objeto actitudinal o, incluso, su simple referencia o imagen mental. Este aspecto está íntimamente relacionado con las experiencias previas. 3. Comportamental. Una actitud tiene que ver con una forma de actuar, pero no es la actuación en sí sino aquello que la propicia; es decir, las actitudes no son conductas sino predisposiciones adquiridas para actuar selectivamente y conducirse de determinada manera en la interacción social.⁷ Por lo tanto, nuestras actitudes vinculan nuestro aparato psíquico con el mundo en el que vivimos, en el doble sentido de que se configuran a partir de nuestra experiencia en el mundo y que orientan nuestro comportamiento en él.⁸

Después de llevar a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva, no encontramos antecedentes que aborden específicamente nuestro problema de investigación. Como referentes más o menos próximos podemos citar el trabajo de Atalaya⁹ en el cual se refiere una actitud desfavorable del personal de enfermería hacia la aplicación de la LVSC, el de Meléndez¹⁰ quien refiere que las enfermeras perciben poca importancia hacia los aspectos de seguridad del paciente y el de Hernández¹¹ que reporta un cumplimiento de 80% en la aplicación de la LVSC; así como el ya citado de Rodrigo,³ quien reporta que el equipo multidisciplinario aprecia que la LVSC tiene una utilidad moderada.

Con base en lo expuesto, el objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto de una estrategia educativa en la actitud de los profesionales de enfermería hacia la LVSC. Una estrategia educativa es un recurso muy valioso para intentar modificar actitudes. Para conseguir este propósito se requiere plantear de manera sistematizada un conjunto de experiencias de aprendizaje que promuevan la construcción de un nuevo conocimiento y el cuestionamiento de nuestros esquemas conceptuales ya existentes.¹² Una estrategia educativa que aspire a mejorar la actitud hacia la LVSC, debe generar un microambiente educativo que promueva la construcción del conocimiento propio, lo cual implica

incorporar la discusión y el debate como parte de las dinámicas de aprendizaje con el propósito de promover el cuestionamiento, la confrontación y la autocrítica con respecto a ideas, nociones y creencias que sustentan dicha actitud.¹³

MATERIAL Y MÉTODOS

En la fase inicial, se construyó un instrumento de medición con la finalidad de evaluar la actitud de las profesionales de enfermería hacia la LVSC. Se elaboró con base en dos indicadores: atributos favorables a la LVSC y aspectos desfavorables a la misma. Fue validado desde el punto de vista conceptual y de contenido por medio de una ronda de cinco expertos. Posteriormente, se sometió a una prueba piloto en la que se aplicó a una muestra de 12 enfermeras que laboran en quirófano y se calculó su confiabilidad, dividiendo el instrumento en mitades y llevando a cabo la correlación de éstas mediante la prueba de Spearman-Brown.

En la segunda etapa, se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental mediante una intervención educativa dirigida a dos grupos de profesionales de enfermería, correspondientes a sendos hospitales (de segundo y tercer nivel de atención, respectivamente). El universo de estudio estuvo constituido por el personal de enfermería adscrito al Área de Quirófanos. Se utilizó un muestreo estratificado (de acuerdo con las categorías de especialista quirúrgica y general) y por conveniencia (de acuerdo con las facilidades otorgadas por las autoridades hospitalarias). Como criterios de inclusión se contemplaron: ser enfermera especialista quirúrgica o enfermera general adscrita al Área de Quirófano. El único criterio de exclusión fue no aceptar la participación en la estrategia y los criterios de eliminación consistieron en la asistencia a menos del 80% de las actividades y no contestar el instrumento de medición. A todos los participantes se les solicitó consentimiento informado por escrito.

Para llevar a cabo la intervención educativa se integró un grupo de enfermeras quirúrgicas y generales por cada hospital, las cuales participaron en una estrategia en cada sede, de cinco sesiones de 45 minutos de duración cada una. El propósito esencial fue centrar la dinámica de aprendizaje en torno al intercambio de ideas y la confrontación de puntos de vista de los participantes, mediante

la aplicación de un método heurístico. El papel de la coordinadora fue incentivar la participación de los alumnos mediante preguntas abiertas, moderando la discusión y el debate y aportando puntos de vista propios.

Se realizaron mediciones antes y después de la estrategia. Con los datos obtenidos se calcularon frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central y de dispersión. Se utilizó estadística no paramétrica para las pruebas de ensayo de hipótesis: prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon para comparar los resultados de las evaluaciones individuales, antes y después de la estrategia; así como la prueba U de Mann-Whitney para contrastar los resultados entre grupos y categorías.

RESULTADOS

La versión final del instrumento de medición elaborado para los propósitos del presente estudio (*Anexo 1*) quedó conformada por 40 ítems (la mitad de ellos correspondientes a atributos favorables a la LVCS y la otra mitad a rasgos desfavorables), con un índice de confiabilidad de 0.94. Se incluyó un total de 18 participantes, 16 mujeres y dos hombres, con un promedio de edad de 37.8 años y de 4.8 años de antigüedad en quirófano, seis de ellos con estudios de licenciatura y el resto de nivel técnico o posttécnico. La muestra se dividió en dos grupos (de acuerdo con el hospital de adscripción): 12 enfermeras (ocho quirúrgicas y cuatro generales) en el grupo 1 y seis (dos quirúrgicas y cuatro generales) en el grupo 2.

Al analizar las puntuaciones obtenidas al principio y al final de la estrategia educativa mediante la aplicación del instrumento de medición se puede observar que todos los participantes, sin excepción, mostraron un aumento estadísticamente significativo, tanto en el grupo 1 ($p < 0.001$, *Tabla 1*) como en el grupo 2 ($p < 0.025$, *Tabla 2*).

En el grupo 1, en la medición inicial, las enfermeras quirúrgicas obtuvieron una mediana de 130 (rango 96-163) mientras que en las generales fue de 131 (rango 119-142); es decir, no hubo diferencia significativa. En cuanto a la medición final, la mediana obtenida por las quirúrgicas fue de 166 (131-180) y de 168 (166-172) en las generales, tampoco hubo diferencia significativa.

Para el caso del grupo 2, las quirúrgicas obtuvieron en la medición inicial una mediana de 151.5

(128-175) y las generales de 156.5 (134-180), diferencia no significativa. En la medición final, las quirúrgicas alcanzaron mediana de 176.5 (168-185) y las generales de 176 (162-188); tampoco hubo diferencia.

Al comparar los resultados obtenidos entre los grupos (es decir, entre los dos hospitales), el 1 ($n = 12$) obtuvo una mediana inicial de 131 (96-163) y el 2 ($n = 6$) de 156 (128-180). Esta diferencia no fue significativa. Asimismo, en la medición final el grupo 1 obtuvo 168 (131-180) y el grupo 2 logró 176 (162-188), diferencia que tampoco resultó significativa.

En cuanto a las categorías (en forma global), las quirúrgicas ($n = 10$) resultaron con una mediana inicial de 131 (96-175); mientras que las generales ($n = 8$) obtuvieron 143 (119-180), sin que la diferencia fuera significativa. Y en la medición final las quirúrgicas lograron 169 (131-185) y las generales 172 (162-188); es decir, no hubo diferencia.

En cuanto a los resultados obtenidos de acuerdo con el nivel de actitud hacia la LVCS, en la medición inicial encontramos que el 60% de las enfermeras quirúrgicas mostró un nivel «poco favorable»; mientras que, en la final, el 50% se ubicó en el nivel «muy favorable» más otro 40% en «moderadamente favorable» (*Tabla 3*). Asimismo, las

Tabla 1. Evaluación individual de la actitud hacia la Lista de Verificación Seguridad de la Cirugía antes y después de la estrategia educativa. Grupo 1 ($n = 12$).

Participantes	Categoría	Medición inicial	Medición final	p*
A	Quirúrgica	134	161	p < 0.001
B	Quirúrgica	120	131	
C	General	163	174	
D	General	126	174	
E	General	96	145	
F	General	138	180	
G	General	116	160	
H	General	134	171	
I	General	119	168	
J	General	142	172	
K	General	128	168	
L	General	134	166	

* Prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon.

Tabla 2. Evaluación individual de la actitud hacia la Lista de Verificación Seguridad de la Cirugía antes y después de la estrategia educativa. Grupo 2 (n = 6).

Participantes	Categoría	Medición inicial	Medición final	p*
A	Quirúrgica	175	185	p < 0.025
B	Quirúrgica	128	168	
C	General	144	173	
D	General	180	188	
E	General	169	179	
F	General	134	162	

* Prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon.

enfermeras generales se ubicaron en su mayoría en el nivel «poco favorable» (50%) en la medición inicial y, en la final, observamos que un 50% alcanzó el nivel «muy favorable» y el otro 50% logró «moderadamente favorable» (Tabla 4).

DISCUSIÓN

Un primer aspecto a considerar es el hecho de contar con un instrumento de medición elaborado específicamente para los propósitos de la investigación. Fue sometido a un proceso riguroso de validación conceptual y de contenido, que además obtuvo un elevado índice de confiabilidad. Esto nos permite concederle un alto grado de validez a los resultados de las mediciones.

Con respecto a los resultados individuales de los participantes, observamos que todos elevaron su puntuación de manera significativa, demostrando así la eficacia de la estrategia educativa. Y queremos destacar el hecho de que hubo tres enfermeras que obtuvieron puntuaciones muy altas antes de la intervención y, aun así, en la medición final mejoraron su resultado (Tabla 2).

A esta consideración debemos agregar el hecho de que no hubo diferencias en los resultados al comparar las sedes y las categorías; es decir, pertenecer a un hospital de segundo o tercer nivel no influyó en los resultados. Algo similar se observó al contrastar las categorías, pues no hubo diferencia entre ellas. En otras palabras, ser enfermera especialista quirúrgica o general no

Tabla 3. Nivel de actitud hacia la Lista de Verificación Seguridad de la Cirugía en las enfermeras quirúrgicas (n = 10) antes y después de la estrategia educativa.

Nivel de actitud	Medición inicial n (%)	Medición final n (%)
Muy favorable (169-200)	1 (10)	5 (50)
Moderadamente favorable (137-168)	2 (20)	4 (40)
Poco favorable (105-136)	6 (60)	1 (10)
Desfavorable (73-104)	1 (10)	-
Muy desfavorable (40-72)	-	-

Tabla 4. Nivel de actitud hacia la Lista de Verificación Seguridad de la Cirugía en las enfermeras generales (n = 8) antes y después de la estrategia educativa.

Actitud	Medición inicial n (%)	Medición final n (%)
Muy favorable (169-200)	2 (25)	4 (50)
Moderadamente favorable (137-168)	2 (25)	4 (50)
Poco favorable (105-136)	4 (50)	-
Desfavorable (73-104)	-	-
Muy desfavorable (40-72)	-	-

mostró ventaja o desventaja para el mejoramiento de la actitud.

Lo anteriormente expuesto, nos permite considerar que la estrategia educativa tuvo el mérito de favorecer el desarrollo de la actitud de los participantes, independientemente de su contexto laboral y de su categoría profesional; es decir, que el método de aprendizaje implementado fue de la mayor pertinencia para lograr el objetivo de la investigación.

Las actitudes son adquiridas, por tanto, son potencialmente modificables. Para ello, es necesario proponer estrategias de aprendizaje que tengan como eje de acción promover la reflexión y la crítica. Con base en los resultados obtenidos en este trabajo, podemos afirmar que es factible

desarrollar o modificar las actitudes por medio de un proceso de aprendizaje que tome en cuenta los componentes cognoscitivo, afectivo y comportamental. Para conseguir este propósito se requiere desarrollar experiencias de aprendizaje que promuevan el cuestionamiento de nuestros esquemas conceptuales.^{12,13}

CONCLUSIONES

La estrategia educativa demostró ser eficaz para mejorar la actitud de las participantes hacia la LVSC. No tuvo efecto alguno el antecedente de la formación profesional ni el centro de trabajo, pues tanto las especialistas quirúrgicas como las enfermeras generales aumentaron significativamente sus respectivas puntuaciones al final de la estrategia y no hubo diferencias significativas entre los dos hospitales. La ausencia de estas diferencias la atribuimos a la pertinencia de la estrategia.

Agradecimientos

Los autores expresamos nuestro más sincero agradecimiento por su valiosa colaboración a la Lic. Rosaura Solorio Gudiño, Subjefe de Educación de Enfermería y Técnicos del Hospital General de Zona Núm. 48 «San Pedro Xalpa» y a la Mtra. María Silvia Salazar Santillán, Subjefe de Educación de Enfermería y Técnicos del Hospital de Ortopedia «Dr. Victorio de la Fuente Narváez».

BIBLIOGRAFÍA

1. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía. 1ª. ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
2. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
3. Rodrigo M, Tirapu B, Zabalza P, Martín M, de la Fuente A, Villalgorido P, Domench L. Percepción de los profesionales sobre la utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica. *Rev Calidad Asistencial*. 2011; 26 (6): 380-385.
4. División Técnica de Información Estadística en Salud. El IMSS en Cifras. Las intervenciones quirúrgicas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2005; 43 (6): 511-520.
5. Ortego, María del Carmen. Las actitudes. *Ciencias Psicosociales*. Universidad de Cantabria. [Consultado: 2018 Jul 31]. Disponible en: https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema_04.pdf
6. Laca F. Actitudes y comportamientos en las situaciones de conflicto. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2005; 10 (1): 117-126.
7. Ubillos S. Componentes de la actitud. [Consultado 31 julio 2018] Disponible en: <https://www.ehu.es./documents/1463215/1504276/Capitulo+X.pdf>
8. Ferreira, Miguel Ángel. Cambio de actitudes sociales para un cambio de vida. Universidad Madrid: 2009. [Consultado 31 julio 2018. Disponible en: www.um.es/discatif/documentos/Actitudes_Cuenca09.pdf
9. Atalaya ME, Bernal G, Sampertegui Y, Ruiz T. Conocimiento, actitud y práctica del personal de enfermería en medidas de bioseguridad en sala de operaciones del Hospital Docente Belén-Lambayeque. Tesis para optar por el título de Especialista en Centro Quirúrgico. Fac. de Enfermería, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Lambayeque, Perú, 2017.
10. Meléndez C y cols. Percepción del personal de enfermería hacia la cultura de seguridad en un hospital pediátrico en México. *Rev Cuid*. 2014; 5 (2): 774-781.
11. Hernández I, Giménez M, Moreno M. Efectividad de una intervención para mejorar la calidad de la cumplimentación del listado de verificación de seguridad quirúrgica en un servicio de cirugía general. *Rev Calidad Asistencial*. 2017; 32 (1): 58-61.
12. González R, Viniestra L. La orientación del aprendizaje en la especialidad de pediatría. *Rev Invest Clin*. 1999; 51: 227-233.
13. González R, Viniestra L. Comparación de dos intervenciones educativas en la formación de médicos residentes. *Rev Invest Clin*. 1999; 51: 351-360.

Anexo 1. Escala de actitud hacia la Lista de Verificación Cirugía Segura.

Instrucciones: En la primera columna de la tabla que se muestra a continuación se presenta un listado de características atribuibles a la Lista de Verificación Quirúrgica. Lea con atención cada una de ellas y anote una «X» en la columna que corresponda a su punto de vista (acuerdo o desacuerdo). Sus respuestas serán confidenciales y sólo serán utilizadas con fines estadísticos. Muchas gracias por su colaboración.

La lista de verificación seguridad de la cirugía:	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Indecisa/o	Parcialmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Identifica riesgos					
2. Evita complicaciones previsible					
3. Es de aplicación sencilla					
4. Requiere que el personal de enfermería tome la iniciativa					
5. Puede aplicarse sin la participación del personal médico					
6. Es un instrumento complejo					
7. Revela el papel secundario que desempeña enfermería en la seguridad del paciente					
8. Carece de medición en su impacto					
9. Es difícil de utilizar					
10. Es simple					
11. Es de uso restringido a cirugías con características muy específicas					
12. Requiere del liderazgo por parte del personal de enfermería					
13. Previene problemas durante el acto quirúrgico					
14. Permite constatar que el instrumental quirúrgico se encuentra debidamente esterilizado					
15. Brinda confianza de que la cirugía se realiza en óptimas condiciones					
16. Contiene información excesiva					
17. Debe ser llenada lo más rápido posible					
18. Es concisa					
19. Provoca incomodidad al tener que trabajar con personas de otras áreas					
20. Es ajena a cualquier error derivado del acto quirúrgico					
21. Se debe aplicar principalmente en cirugías de urgencia					

Continúa Anexo 1. Escala de actitud hacia la Lista de Verificación Cirugía Segura.

Instrucciones: En la primera columna de la tabla que se muestra a continuación se presenta un listado de características atribuibles a la Lista de Verificación Quirúrgica. Lea con atención cada una de ellas y anote una «X» en la columna que corresponda a su punto de vista (acuerdo o desacuerdo). Sus respuestas serán confidenciales y sólo serán utilizadas con fines estadísticos. Muchas gracias por su colaboración.

La lista de verificación seguridad de la cirugía:	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Indecisa/o	Parcialmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
22. Permite contar con anticipación con los recursos necesarios para actuar en caso de complicaciones durante el acto quirúrgico					
23. Es mensurable					
24. Es valiosa					
25. Requiere de un líder específico para su aplicación					
26. Se debe confirmar verbalmente por los miembros del equipo conforme corresponde y en el tiempo que corresponde					
27. Evita sumar problemas ajenos al motivo de la cirugía					
28. Detecta inconsistencias en la información relevante al paciente					
29. Es de competencia exclusiva de la enfermera circulante					
30. Posee una importancia menor comparada con otras actividades propias de enfermería					
31. Es un documento sin sustento legal					
32. Tiene una gran aplicabilidad					
33. Es un formato más que se llena de forma rutinaria					
34. Es exhaustiva					
35. Es un buen referente de la contribución de enfermería a la seguridad del paciente					
36. Sus implicaciones legales afectan sólo al cirujano responsable del paciente					
37. Implica acciones decisivas por parte de enfermería					
38. Es un formato que distrae de otras tareas más importantes					
39. Hace énfasis en la relación jerárquica					
40. Aumenta la carga de trabajo					