

Listado de verificación quirúrgica: buscando la implicación de profesionales y pacientes

Surgical checklist: seeking the involvement of professionals and patients

Ascension Sanchez-Martinez ^{1*}, Fco. Miguel Gonzalez-Valverde ^{2*}, Miguel Ruiz-Marin ^{3*}, Pilar Martínez-González ^{4*}, Esther Canovas-Alcazar ^{5*}, Ángeles R. Sáez Soto ^{6*}

¹ Médico Responsable de Gestión del Riesgo Sanitario. Servicio Medicina Preventiva.

² Facultativo Especialista de Área. Cirugía General y del Aparato Digestivo. Coordinador de Investigación del Área VII de Salud del Servicio Murciano de Salud. Unidad Funcional de Seguridad del Paciente.

³ Facultativo Especialista de Área. Cirugía General y del Aparato Digestivo. Responsable del Listado de Verificación Quirúrgica del Centro. Unidad Funcional de Seguridad del Paciente. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

⁴ Enfermera. Supervisora de Enfermería del Área Quirúrgica. Unidad Funcional de Seguridad del Paciente.

⁵ Facultativo Especialista de Área. Cirugía Ortopédica y Traumatología. Unidad Funcional de Seguridad del Paciente.

⁶ Enfermera. Subdirectora de Enfermería. Unidad Funcional de Seguridad del Paciente.

* Unidad Funcional de Seguridad del Paciente. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

Resumen

Objetivos: Los objetivos fueron mejorar la adherencia al listado de verificación quirúrgica (LVQ), identificar barreras y reclamar el apoyo de profesionales y pacientes.

Material y Métodos: Se registró la participación en el proyecto PaSQ-WP5/ LVQ entre 2013 y 2015: Plan de Acción con dos líneas de trabajo, dirigidas a profesionales y pacientes, que contemplaban rondas de evaluación, análisis de barreras, evaluación de percepción del listado mediante cuestionarios de la Hauté Autorité de Santé, formación en seguridad y diseño del folleto Cirugía Segura Salva Vidas.

Resultados: Los datos de presencia del LVQ en la historia clínica reflejaron una mejora estadísticamente significativa respecto a los iniciales. En 68,2% de las rondas se cumplimentó el listado correctamente. La opinión del profesional sobre la utilidad del listado fue positiva en 79,8% y consideró que había ayudado a identificar e interceptar incidentes de seguridad en 25,6%. Sin embargo, resultó difícil de aplicar durante urgencias quirúrgicas (51,8%), al enfermero le costó gestionar el listado (59,5%) y el intercambio de información en voz alta se interrumpió con frecuencia (51,2%). Del análisis de barreras destacaron el sobre-registro, falta de liderazgo del gestor del listado, escasa implicación de facultativos y ausencia de trabajo en equipo.

Conclusiones: La implantación del LVQ fue laboriosa pero la implicación de profesionales y pacientes ayudó a avanzar en la cultura de seguridad. La actitud general de los sanitarios es positiva y por tanto no se trata de imponer el uso obligatorio del LVQ, sino de convencer de que su cumplimiento reduce los eventos adversos evitables.

Abstract

Objectives: To improve the adhesion to the surgical safety checklist (SSC), identify barriers and claim the support of professionals and patients.

Methods: The experience includes our participation in the Pasq-WP5 / SSC project, directed to surgical professionals and patients. An Action Plan was developed from 2013 to 2015 with two lines of work, one for professionals and other for patients; whose activities are: evaluation rounds, barrier analysis, evaluation SSC perception (using Hauté Autorité de Santé questionnaires), safety training and brochure design Safe Surgery Saves Lives.

Results: Data of SSC in the medical record reflect a statistically significant improvement. In 68.2% of the rounds, SSC was filled in correctly. Professional opinion on the usefulness of SSC is positive in 79.8%; consider that it is difficult to apply in emergency in 51.8%, it is difficult for a nurse to manage the SSC in 59.5%, the exchange of information aloud is difficult to obtain in 51.2% and the SSC has helped identify and intercept security incidents 25.6%. Analysis of barriers includes the over-registration, lack of leadership SSC manager, limited involvement of doctors and lack of teamwork.

Conclusions: The involvement of professionals and patients will help further progress in safety culture. The goal is not to impose the SSC, but convinced that compliance reduce preventable adverse events.

Palabras clave: Seguridad del paciente; Eventos adversos; Listado de verificación quirúrgica; Cirugía segura.

Keywords: Patient Safety; Adverse events; surgical safety checklist; Safe Surgery.

INTRODUCCIÓN

Los procedimientos quirúrgicos son una parte muy importante de la actividad asistencial de un hospital y, por tanto, su calidad y seguridad son un motivo de preocupación común a todos los sistemas sanitarios. En 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente con el fin de promover la sensibilización y el compromiso político de mejorar la seguridad de la atención sanitaria. Un elemento fundamental del trabajo de la Alianza es la formulación de retos mundiales por la seguridad del paciente, motivo por el cual en el año 2008 promovió su "Segundo reto mundial por la seguridad del paciente: la cirugía segura salva vidas". La iniciativa propuso la implementación de un instrumento de verificación documental: el Listado de verificación quirúrgica (LVQ), que contribuyera a garantizar el cumplimiento de las normas básicas de seguridad en los procedimientos quirúrgicos, actuara como barrera a los incidentes adversos y acreditara la buena praxis de los profesionales implicados (1). Poco después, en 2010, el Ministerio de Sanidad publicó la Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico en la que se valoraba la utilización del listado con nivel de evidencia de calidad baja y recomendación fuerte (2).

En este sentido, la Red Europea de Seguridad del Paciente y la Calidad Asistencial (PaSQ) es un proyecto cofinanciado por la Comisión Europea dentro del Programa de Salud Pública que pretende facilitar el intercambio de experiencias entre los estados miembros de la Unión Europea que participan en la implementación de prácticas seguras, entre las que se encuentra la cirugía segura. España participa como socio activo y coordinador desde la Subdirección General de Calidad y Cohesión del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

El Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, adherido al proyecto PaSQ, es un hospital de segundo nivel que atiende un área de salud con una población cercana a los 200.000 habitantes y dispone de 12 quirófanos con un tiempo efectivo de ocupación medio superior al 89% en cirugía mayor. Nuestra experiencia con la implantación del LVQ fue presentada en la Conferencia Europea de Seguridad del Paciente: Implementación de prácticas seguras en el marco de la acción colaborativa PaSQ celebrada en octubre de 2015 en Madrid y tuvo una buena acogida entre los expertos. Presentamos un trabajo que, pese a no tratarse de un estudio directamente extrapolable, analiza la situación actual de muchos servicios sanitarios y los posibles factores asociados al fracaso de la implantación del check-list, creando un ambiente favorable para el debate sobre la correcta aplicación de la normativa sobre seguridad en quirófano.

Objetivos

Generales: Mejorar la adherencia al listado de verificación quirúrgica. Reclamar el apoyo de los profesionales y pacientes

Específicos: evaluar la percepción del LVQ en el área quirúrgica, identificar las barreras que dificultan su implementación, y constituir una red permanente de trabajo, colaborativa y estable, en torno a la calidad y seguridad del paciente quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS

La población diana a la que se dirigió la experiencia fueron los profesionales del área quirúrgica, médicos y enfermeros, de todas las especialidades quirúrgicas de nuestro hospital (cirugía general, traumatología, ginecología, urología, dermatología, oftalmología, cirugía maxilofacial y otorrinolaringología) y anestesia. De igual forma se desarrollaron actividades dirigidas a los pacientes intervenidos de forma programada y de urgencias, con o sin ingreso hospitalario.

Como consecuencia de nuestra adhesión al proyecto se elaboró un Plan de Acción, adaptando el LVQ a las características de nuestra institución y tomando como referencia los datos de situación previa, evaluados mediante nivel de cumplimentación del listado (datos de 2013) y los de la observación directa realizada durante 2012.

En la observación se evaluó el seguimiento de la metodología recomendada por la OMS. Para ello se instruyó a cinco observadores y se realizó un estudio de concordancia de atributos para la evaluación de sus respuestas (índice de concordancia de Kappa). Se diferenció cada uno de los tres momentos del listado: entrada, pausa y salida.

El plan de acción consta de dos líneas de trabajo, una dirigida hacia los profesionales y otra hacia los pacientes, organizadas por las siguientes actividades en el período 2013-2015:

I. Actividades dirigidas hacia los profesionales:

- Nombramiento de un facultativo, especialista en cirugía general, como responsable del proyecto.

- Difusión a los servicios quirúrgicos de la incorporación del hospital a la acción cooperativa PaSQ-WP5/Listado de verificación quirúrgica, recordando la responsabilidad de que esta práctica segura debe ser asumida por todos los miembros del equipo quirúrgico.

- Revisión y modificación del procedimiento del listado de verificación (elaborado en 2009) sin variar el número de items, adaptándolo a nuestro flujo de pacientes y circuitos de trabajo e incluyendo las responsabilidades específicas de cada miembro del equipo quirúrgico en la cumplimentación del mismo.

- Formación de un equipo de siete profesionales como instructores del listado. Para la formación se utilizó el vídeo "Conecta con la lista OMS", realizado e interpretado por profesionales de nuestro hospital y disponible en la página web de murciasalud (<http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=231052>).

- Evaluación del nivel de cumplimentación del listado en los pacientes intervenidos.

Realización de rondas de evaluación, cuyo objetivo fue monitorizar in situ la correcta cumplimentación del listado y asesorar en los errores identificados. Se hizo especial hincapié en el trabajo en equipo y mejora de la comunicación. Las rondas fueron realizadas por los instructores formados a tal efecto.

- Evaluación de la percepción del listado por parte de los profesionales, mediante una encuesta extraída de los cuestionarios de la HAS (Hauté Autorité de Santé), aportados por el Proyecto de la Red Europea para la Seguridad del Paciente y la Calidad Asistencial (figura 1).

- Análisis de barreras, que se realizó utilizando la técnica de tormenta de ideas y grupo nominal.

Formación en seguridad a todos los miembros del equipo quirúrgico. Se programaron diez sesiones de 20 minutos, que versaron sobre los incidentes de seguridad notificados relacionados con errores de identificación, sitio equivocado, errores de muestras, etc.; se enfatizó en la cultura del trabajo en equipo y el aprendizaje de los errores como base del LVQ, en particular, y de la seguridad en el ámbito sanitario, en general, así como en la gravedad y relevancia de los sucesos que se pueden evitar.

Colaboración en un proyecto nacional de uso del listado liderado por el Ministerio de Sanidad.

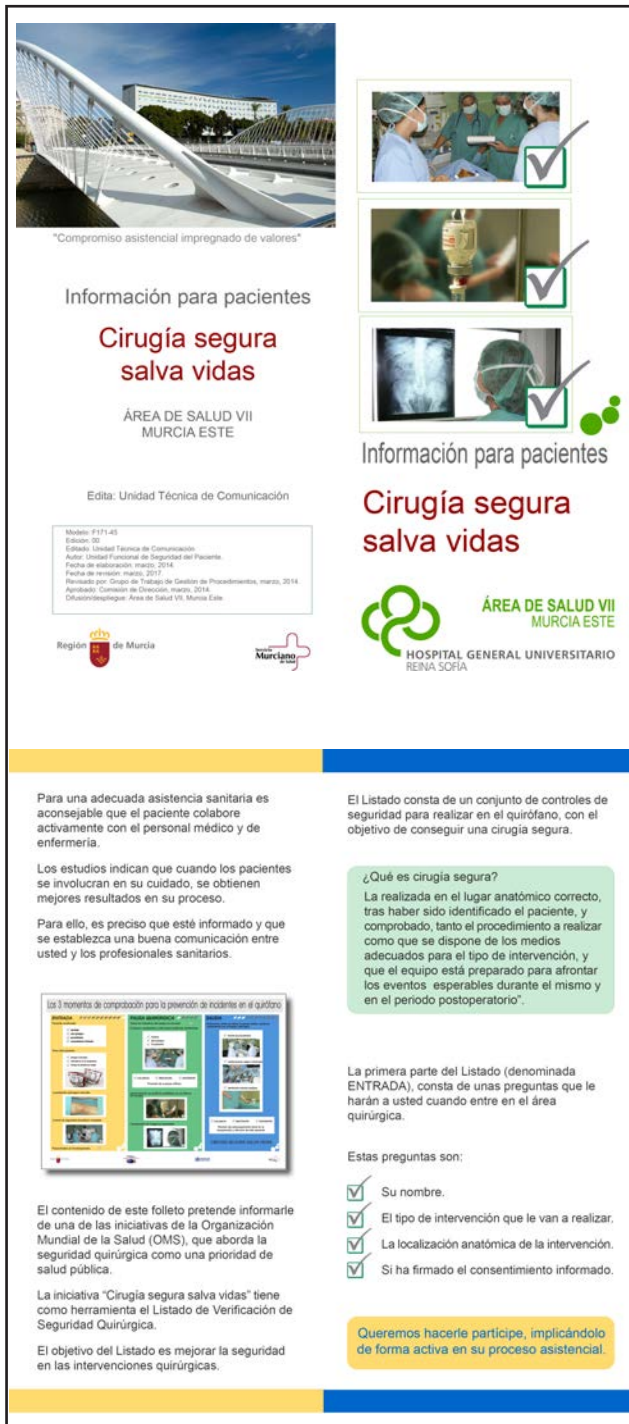
Evaluación de los indicadores propuestos por la Joint Action PaSQ: Porcentaje de pacientes intervenidos a los que se les ha aplicado la LVSQ y mortalidad postoperatoria.

Marca con una cruz lo que corresponda <input type="checkbox"/> Cirujano <input type="checkbox"/> Anestesta <input type="checkbox"/> Enfermero <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Otro				
¿Cuál es tu opinión sobre la utilización del listado?	1. Totalmente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. De acuerdo	4. Muy de acuerdo
	1	2	3	4
El listado mejora el intercambio de información sobre el paciente y/o la intervención dentro del equipo				
El listado permite la verificación cruzada de ciertos puntos esenciales antes de la realización de la intervención				
El listado es una oportunidad para evitar errores o disfunciones durante la realización de la intervención				
El listado contribuye a desarrollar la cultura de seguridad				
El listado es un instrumento interesante para los profesionales en formación (médicos y enfermeros)				
¿Cuáles son las dificultades derivadas de la utilización del listado?	1	2	3	4
El listado es una formalidad administrativa suplementaria				
Comporta una pérdida de tiempo o enlentece la actividad				
Es inútil para ciertas intervenciones con experiencia				
Es inútil para los equipos estables				
Es difícil de aplicar en las intervenciones de urgencias				
Es difícil para un enfermero gestionar el listado, en particular si no tiene apoyo de los médicos				
El intercambio de información en voz alta entre los diferentes profesionales implicados es difícil de obtener				
La elección de las respuestas es inapropiada/no lo bastante flexible				
El listado puede ocasionar problemas médico-legales, en caso de evento adverso				
Percepción global sobre la utilidad del listado	1	2	3	4
Considerando los aspectos positivos y negativos, usted diría que el listado es útil para mejorar la seguridad de los pacientes durante las intervenciones quirúrgicas				
	1	2	3	4
Me sentiría seguro si tuviera que ser tratado como paciente en este establecimiento				
Compartir información entre profesionales en el área quirúrgica antes de una intervención es importante para la seguridad del paciente				
Me siento alentado por mis colegas a declarar todos los eventos relacionados con la seguridad que yo pueda conocer				
Los médicos y enfermeras trabajan en el área quirúrgica en equipos bien coordinados				
Los profesionales observan escrupulosamente las reglas o recomendaciones establecidas en el área quirúrgica				
Identificación de eventos que no deben volver a suceder (sucesos centinela)				
¿Ha observado en el curso del año pasado tales eventos?	SI	NO	NO SÉ	
Error de identificación				
Error de sitio quirúrgico				
Error de material implantado				
Olvido de material/compresa tras la intervención				
¿El listado ha ayudado a identificar e interceptar eventos portadores de riesgos?				
Error de identificación				
Error de sitio quirúrgico				
Error de material implantado				

Figura 1. Encuesta sobre percepción del listado.

II. Actividades buscando la implicación de los pacientes:

Se diseñó el folleto informativo Cirugía Segura Salva Vidas, que se entregó al paciente en la consulta previa a la intervención (Figura 2).



Compromiso asistencial impregnado de valores

Información para pacientes

Cirugía segura salva vidas

ÁREA DE SALUD VII MURCIA ESTE

Edita: Unidad Técnica de Comunicación

Modelo: F171-43
Edición: 03
Elabora: Unidad Técnica de Comunicación
Autor: Unidad Funcional de Seguridad del Paciente
Fecha de elaboración: mayo, 2014
Fecha de revisión: marzo, 2017
Revisado por: Grupo de Trabajo de Gestión de Procedimientos, marzo, 2014
Aprobado: Comisión de Dirección, marzo, 2014
Distribución: Área de Salud VII, Murcia Este.

Región de Murcia

Murciano

ÁREA DE SALUD VII MURCIA ESTE

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

Para una adecuada asistencia sanitaria es aconsejable que el paciente colabore activamente con el personal médico y de enfermería.

Los estudios indican que cuando los pacientes se involucran en su cuidado, se obtienen mejores resultados en su proceso.

Para ello, es preciso que esté informado y que se establezca una buena comunicación entre usted y los profesionales sanitarios.

En el momento de comprobación para la prevención de incidentes en el quirófano

El contenido de este folleto pretende informarle de una de las iniciativas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que aborda la seguridad quirúrgica como una prioridad de salud pública.

La iniciativa "Cirugía segura salva vidas" tiene como herramienta el Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica.

El objetivo del Listado es mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas.

El Listado consta de un conjunto de controles de seguridad para realizar en el quirófano, con el objetivo de conseguir una cirugía segura.

¿Qué es cirugía segura?

La realizada en el lugar anatómico correcto, tras haber sido identificado al paciente, y comprobado, tanto el procedimiento a realizar como que se dispone de los medios adecuados para el tipo de intervención, y que el equipo está preparado para afrontar los eventos esperables durante el mismo y en el periodo postoperatorio.

La primera parte del Listado (denominada ENTRADA), consta de unas preguntas que le harán a usted cuando entre en el área quirúrgica.

Estas preguntas son:

- Su nombre.
- El tipo de intervención que le van a realizar.
- La localización anatómica de la intervención.
- Si ha firmado el consentimiento informado.

Queremos hacerle participe, implicándolo de forma activa en su proceso asistencial.

Figura 2. Folleto informativo Cirugía Segura Salva Vidas.

Esta actividad busca un doble objetivo, informar al usuario de la utilidad del listado y promover la participación activa de los pacientes en su propio proceso asistencial y en la seguridad en el ámbito quirúrgico, estimulando el espíritu participativo del paciente e induciendo al profesional sanitario a desarrollar la actividad asistencial en un ámbito seguro.

Las variables utilizadas en el análisis fueron:

1. Observación directa: Se valoró como correcta cuando el momento de realización fue adecuado y todos los ítems del LVQ se rellenaron al preguntarlo en voz alta.

2. Presencia del listado en la historia clínica de los pacientes intervenidos.

3. Datos obtenidos de las rondas de evaluación: Se sigue el procedimiento en la ronda o no, y si no se sigue, si se hace recomendación para mejorar la metodología del listado.

4. Cumplimentación en los cuatro apartados diferenciados de la encuesta de percepción del listado.

5. Barreras detectadas

Los datos se analizaron mediante estudio estadístico para las variables de interés. En la variable de observación directa se obtuvieron los intervalos de confianza al 95% del cumplimiento de este ítem. Para el resto de variables, excepto en el caso de las barreras, se ha calculado el porcentaje de incidencia contrastando el crecimiento en el periodo considerado a través de un test no paramétrico de proporciones.

Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 19.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, EEUU).

RESULTADOS

I. Previos a la experiencia. De los datos de la observación directa, destaca que el *índice de Kappa* fue de 0,59 (fuerza moderada de concordancia). Se efectuaron un total de 96 observaciones directas (de un marco muestral de 135 intervenciones), obteniéndose un cumplimiento del 55,2% en la entrada ($IC \pm 8,4$), un 26,1% ($IC \pm 8,7$) en la pausa y un 23% ($IC \pm 8,4$) en la salida, con una fiabilidad del 95%.

II. Resultados derivados de las actividades del Plan de Acción:

Los datos de presencia del listado en la historia clínica (figura 3) reflejan una mejora en el nivel de cumplimiento respecto a las mediciones iniciales. Tras realizar un contraste para la diferencia de proporciones, se observa que esta diferencia es estadísticamente significativa al ser p-valor asociado al contraste muy pequeño, prácticamente nulo.

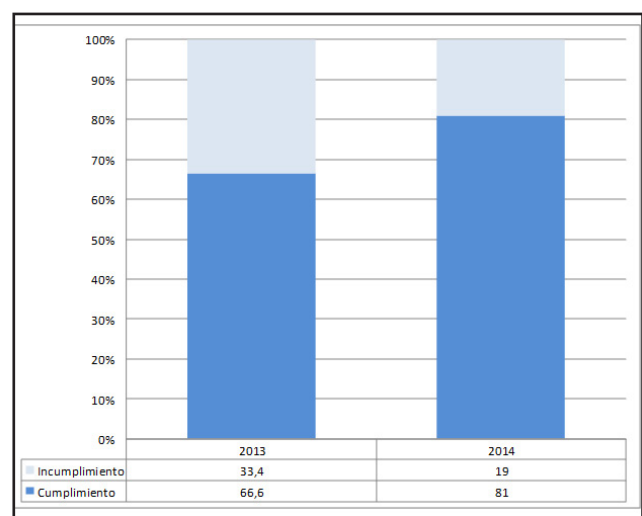


Figura 3. Porcentaje de intervenciones en las que se ha implementado el listado. gía Segura Salva Vidas.

Durante 2015 se hicieron 66 rondas de evaluación. Se cumplía la metodología del listado en 68,2% y en 32,8% que no se cumplía se hizo recomendación. En la mayoría de las ocasiones en las que no se cumplimentaba correctamente el listado, se hacían las preguntas verbalmente y se rellenaba después.

La encuesta se entregó a 190 profesionales del área quirúrgica (figura 4). La tasa de respuesta fue del 48% (92 encuestas). La opinión del profesional sobre la utilidad del listado es positiva (puntuación igual o superior a 3) en 73 de los casos (79,8%). En el apartado de dificultades derivadas de la utilización del listado, 58 casos (51,8%) consideran que es difícil de aplicar en las intervenciones de urgencias, 55 (59,5%) que es difícil para un enfermero gestionar el listado y 47 (51,2%) creen que el intercambio de información en voz alta entre los diferentes profesionales implicados es difícil de obtener. A la pregunta sobre si el listado ha ayudado a identificar e interceptar eventos portadores de riesgos (errores de identificación, sitio quirúrgico, olvido de material y error de material implantado) han respondido afirmativamente 23 encuestados (25,6%).

Del análisis de barreras destaca el sobre-registro, falta de liderazgo del gestor del listado, escasa implicación de los facultativos y ausencia de trabajo en equipo.

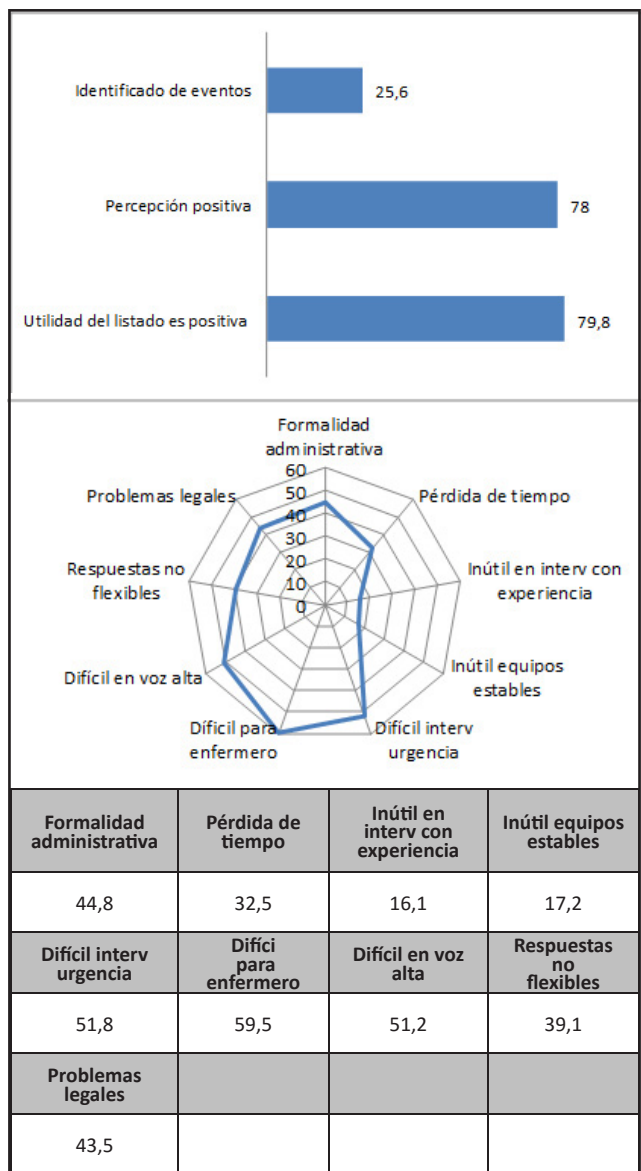


Figura 4. Resultados de la encuesta de percepción.

DISCUSIÓN

La implantación del LVQ en nuestro centro se inició en 2009, encontrando barreras desde el principio. Esta respuesta coincidió con la de otros hospitales, como pudieron comprobar Soria et al. en su estudio sobre las dificultades en la implantación del listado en los quirófanos de la Región de Murcia (3). Estas dificultades han sido reconocidas, en centros nacionales e internacionales, como un factor limitante en la aplicación del listado de verificación (4) (5). La participación del hospital en el proyecto PaSQ-WP5/Listado de verificación quirúrgica nos ha brindado la oportunidad de compartir e intercambiar información y experiencias con otros centros. En los últimos años ha aumentado considerablemente la actividad quirúrgica en España, lo que ha supuesto un cambio en buena parte de los procesos asistenciales. La introducción de nuevas técnicas, aunque menos invasivas, siguen siendo causa de eventos adversos. Aunque simultáneamente a la evolución técnica han ido surgiendo prácticas dirigidas a garantizar las condiciones adecuadas de calidad y seguridad, como es el caso del LVQ (6,7), parece que es más fácil el aprendizaje de técnicas complejas que cambiar actitudes.

En este sentido, el uso del LVQ implica cambios tanto en los sistemas como en el comportamiento de los equipos quirúrgicos (8); y si su objetivo es la optimización de la seguridad, se requieren intervenciones educativas y en la conciencia de seguridad de los profesionales sanitarios para mejorar la utilización efectiva del LVQ (3, 4). La apreciación de que el listado es un instrumento de control administrativo, como una norma impuesta, a pesar de la participación en la elaboración del procedimiento de numerosos profesionales quirúrgicos, ha supuesto un rechazo que deberemos salvar a base de potenciar actitudes seguras de los protagonistas, profesionales y pacientes. No se trata de imponer el uso obligatorio del listado, sino de convencer de que su cumplimiento reduce la posibilidad de eventos adversos evitables. Además, los esfuerzos necesarios para hacerlo operativo varían considerablemente por hospital y según las características de la intervención (3). Nuestros datos muestran que la percepción de los profesionales hacia el listado es positiva, como en el análisis de Rodrigo Rincón et al. (9), lo que nos lleva a pensar que debería ser aceptado como una práctica segura.

En la identificación de barreras, y al igual que en otros estudios, encontramos que la falta de liderazgo, el consumo de tiempo en su cumplimentación sin un beneficio percibido, la dificultad en la identificación de la responsabilidad de cada profesional y la escasa comunicación y ausencia de trabajo en equipo, son los factores que condicionan nuestra situación actual (5). Muchas de las barreras identificadas para el éxito de la implementación del LVQ dependen de la organización y factores culturales de cada centro (5). No obstante, la percepción global de la utilidad del LVQ en nuestro caso fue positiva para cerca del 80% de los encuestados, lo cual refleja una actitud favorable para continuar mejorando su implantación.

En el estudio de Haynes (8), la implantación del LVQ se asoció con una reducción significativa de las tasas de complicaciones y mortalidad asociados a la cirugía. No obstante, otros estudios no han encontrado una disminución significativa de la morbimortalidad y sugieren que es posible que el LVQ sea menos efectivo en la práctica que como se sugería en la literatura previamente (10). En nuestra experiencia no hemos valorado la repercusión en la morbi-mortalidad quirúrgica, ni si incrementa los gastos hospitalarios o alarga el tiempo de la intervención, lo que constituye una limitación en nuestro estudio. Todos los esfuerzos han sido dirigidos a intentar mejorar la implementación de esta práctica, aunque lo tenemos previsto en un futuro inmediato.

No obstante, la finalidad de esta iniciativa, mejorar la seguridad del paciente al intentar reducir los eventos adversos evitables, justifica el esfuerzo empleado en optimizar la implementación del listado. Es más, de forma análoga a los resultados de Fourcade et al. (5), creemos que nuestros hallazgos y los derivados del proyecto PaSQ tienen implicaciones relevantes para el diseño, uso y valoración del LVQ por parte de las autoridades nacionales de salud. Igualmente, una mejora en la utilización del listado es

posible y debería ser considerado un objetivo a conseguir por parte de programas de gestión de calidad de los centros (3).

CONCLUSIÓN

El Listado de Verificación Quirúrgica es una herramienta efectiva a la hora de mejorar la seguridad del paciente quirúrgico, que puede implantarse en las Áreas Quirúrgicas de cualquier hospital, aunque supone establecer una nueva dinámica y asunción de roles de los distintos profesionales involucrados en la realización del mismo. Las cotas de implantación alcanzadas en nuestra institución son notables pero hay aun margen para mejorar su cumplimentación. Como se ha demostrado, hacerlo obligatorio no es suficiente.

Estamos convencidos de que la implicación de los profesionales en el análisis de los problemas de implantación del LVQ, la adopción de medidas para su uso correcto, la puesta en común de las dificultades y el entrenamiento y trabajo en equipo junto con la implicación de los profesionales y los pacientes, como herramientas para vencer las barreras, redundarán en un descenso de las complicaciones quirúrgicas y en una mejora de la calidad asistencial hasta alcanzar lo que la OMS definió como cirugía segura.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente: la cirugía segura salva vidas [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008. [acceso 6 de noviembre de 20015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70084/1/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf.
2. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Guía de práctica clínica para la seguridad del paciente quirúrgico [Internet]. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2010 [acceso 6 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_478_Seguridad_Paciente_AIAQS_compl.pdf
3. Soria Aledo V, Silva Gama ZA, Saturno PJ, Grau-Polan M, Carrillo Alcaraz A. Dificultades en la implantación del check list en los quirófanos de cirugía. *Cir Esp* 2011; 90: 180-85.
4. Sivathanan N, Rakowski KRM, Robertson BFM, Vijayarajan L. The World Health Organization's 'Surgical Safety Checklist': should evidence-based initiatives be enforced in hospital policy?. *JRMS Short Rep* 2010; 1: 40.
5. Fourcade A, Blache JL, Grenier C, Bourgain JL, Minvielle E. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist *BMJ Qual Saf* 2012; 21: 191-7.
6. Portella E, Carrillo E, Ubago B, Roé D, Cañellas V, Sopeña L. Libro blanco de la actividad y gestión del Bloque Quirúrgico en España [Internet]. Madrid: Antares consulting; 2015 [acceso 6 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.redaccionmedica.com/contenido/images/GE%20Healthcare_LibroBlanco_LIGHT.pdf
7. Colomer Mascaró J, Arias Díaz J, Barturen Fernández F, García Caballero J, Gómez Arnau JI, González Arevalo A. Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [acceso 6 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/BQ.pdf>
8. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009;360: 491-9.
9. Rodrigo Rincón MI, Tirapu León B, Zabalza López P, Martín Vizcaino MP, Fuente Calixto A de la, Villalgorido Ortín P et al. Percepción de los profesionales sobre la utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica. *Rev Calid Asist* 2011; 26: 380-385.
10. Urbach DR, Govindarajan A, Saskin R, Wilton AS, Baxter NN. Introduction of surgical safety checklists in Ontario, Canada. *N Engl J Med*. 2014;370: 1029-38.