



ADMINISTRACIÓN – GESTIÓN - CALIDAD

Seguridad quirúrgica y cumplimentación del registro de información intraquirúrgica en España: Un análisis comparativo de dos instrumentos de registro

Surgical safety and filling-in of the records about intraoperative information in Spain: A comparative analysis of two recording instruments

*Torres B, **Nolasco A, ***Maciá L, ****Cervera A, *****Seva A, *****Barbera C

*Departamento de Enfermería. Universidad de Cantabria. E-mail: torresb@unican.es **Unidad de Investigación en Análisis de la Mortalidad y Estadísticas Sanitarias. Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante
***Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante. Grupo de investigación Balmis.
****Departamento de Enfermería. Universidad Jaime I de Castellón *****Departamento de Enfermería. Universidad de Murcia. *****Departamento de Enfermería. Universidad Católica de Murcia. España.

Palabras clave: gestión; registros de enfermería; enfermería de quirófano; calidad asistencial; seguridad del paciente

Keywords: management; nursing records; operating room nursing; health quality; patient safety

RESUMEN

El **objetivo** del presente estudio es describir y comparar los porcentajes de no cumplimentación de dos instrumentos de registro: hoja circulante (HC) y lista de verificación quirúrgica (LVQ), en un mismo entorno quirúrgico para una muestra de pacientes de características similares.

Metodología: Estudio descriptivo realizado sobre registros intraquirúrgicos de 3024 pacientes de Cirugía de Ortopedia y Traumatología. 1732 pacientes intervenidos en 2009 con modelo de hoja circulante, cumplimentada al finalizar la intervención y 1292 en 2010 intervenidos con modelo de registro lista de verificación quirúrgica (checklist) cumplimentado durante la intervención en tres tiempos. Se han calculado características descriptivas (media, desviación típica, mínimo y máximo) del porcentaje de no cumplimentación global en ambos registros y el porcentaje de no cumplimentación (intervalo de confianza al 95%) de cada ítem de los registros estudiados.

Resultados: Se observa mayor porcentaje de cumplimentación global y, en general, también individual, en la hoja circulante que en la lista de verificación quirúrgica.

Conclusiones: El registro intraquirúrgico que mayor porcentaje de cumplimentación ha tenido de manera global ha sido la hoja de circulante y se evidencia la necesidad de implantar estrategias para mejorar el grado de cumplimentación de la LVQ por su relación con la seguridad de pacientes.

ABSTRACT

The **objective** of this study is to describe and compare the percentages of non-filling-in two recording instruments: Current sheet and surgical checklist in the same surgical setting for a sample of patients with similar characteristics.

Methods: Descriptive study carried out with the intraoperative records of 3024 patients from Orthopedic Surgery and 1732 patients who were operated in 2009 with current sheet model completed at the end of the surgery and 1292 patients in 2010 with surgical checklist as recording model, completed during the intervention in three stages. Descriptive characteristics (mean, standard deviation, minimum and maximum) were calculated from the overall percentage of non-completion in both records, as well as the non-filling-in percentage (and confidence interval at 95%) of each item of the records studied.

Results: A higher overall – and also individual, in general- percentage of filling-in is observed in the current sheet than in the surgical checklist.

Conclusions: In general terms, the intraoperative recording with the highest percentage of being filled-in has been the circulating sheet and it has been observed the necessity to implement strategies to improve the level of filling-in due to its relationship with surgical clinical safety.

INTRODUCCIÓN

La calidad asistencial está vinculada a seguridad clínica, eficiencia, efectividad de resultados y, en definitiva, responsabilidad de los profesionales sanitarios de asegurar máxima satisfacción del usuario al menor coste, utilizando buenas prácticas que implican los 3 niveles de gestión, macro, meso y micro-gestión.

La documentación clínica es una fuente de información importante para asegurar la calidad de los procesos asistenciales^(1,2). De los 3 componentes de calidad asistencial que señala Donabedian para la calidad: Estructura, Proceso y Resultado⁽³⁾, las fuentes de información garantizan un continuum del proceso asistencial que orienta la práctica de los profesionales al tiempo que contribuyen a garantizar la seguridad de pacientes.

Desde las últimas décadas del siglo XX, el interés por la calidad asistencial ha ido en aumento⁽⁴⁾. En el entorno europeo, se puede destacar la recomendación del Consejo de Europa de 9 de junio de 2009 sobre seguridad de pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria⁽⁵⁾. En España, las acciones relacionadas con la Calidad asistencial se observan, tanto en el Plan Nacional de Calidad de 2010 refrendado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud⁽⁶⁾, como en las acciones de las Comunidades autónomas. Todas las actuaciones están en consonancia con las recomendaciones del Consejo de Europa.

La estructura de la calidad asistencial comienza por la cultura de la organización, adecuación de recursos y fuentes de información. Las fuentes de información en soporte informático o papel, aportan a la calidad un control de la variabilidad clínica a partir de la validez y fiabilidad de los registros. Registrar todos los aspectos de interés relacionados con la hospitalización, aporta garantías y seguridad al proceso asistencial y en consecuencia mejoras en los pacientes.

Respecto a la seguridad quirúrgica y desde la perspectiva del registro de actividad, encontramos que en el entorno perioperatorio se registra información en tres etapas:

- ✚ Desde el ingreso hospitalario hasta la intervención quirúrgica, etapa pre-operatoria. El registro está incluido en la historia del paciente.
- ✚ Acto quirúrgico. El registro de actividad se obtiene en el entorno del propio quirófano. El registro intraquirúrgico se incluirá en la historia clínica.
- ✚ Postoperatorio inmediato. El registro de las primeras horas postquirúrgicas se obtiene en el servicio de Reanimación o cuidados intermedios. La evolución del paciente en el postoperatorio tardío se registra en la unidad de hospitalización. En ambos casos, el destino último de la documentación es la historia del paciente.

El registro de la actividad intraquirúrgica, objeto de este estudio ha evolucionado desde 2007, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó la Alianza para la seguridad de pacientes⁽⁷⁾. Con diferentes velocidades, distintos países y Hospitales^(8,9), han introducido una de las propuestas de seguridad de la OMS.

El cambio recomendado por la OMS consiste en la introducción de un registro tipo 'Checklist' denominado Lista de Verificación Quirúrgica (LVQ) en, la historia de los pacientes para, sustituir el registro tradicional o en algunos casos, la ausencia del mismo. El objeto del cambio de registro es implicar a todos los intervinientes del acto quirúrgico en la seguridad del paciente: Cirujano, Anestesista y Enfermera Circulante. La LVQ se cumplimenta en tres etapas distintas de la intervención quirúrgica.

La actividad quirúrgica en los centros donde no está implantada la LVQ, se realiza en un documento que se cumplimenta al finalizar la intervención por la Enfermera Circulante, donde se recoge la información del acto quirúrgico.

Hasta el momento, en España son escasos los estudios comparativos de ambos instrumentos de registro de información intraquirúrgica. Una de las características básicas de ambos registros es la cantidad de información que recogen y por consiguiente los posibles déficits de la misma, ya que a partir del conocimiento de las deficiencias se pueden establecer mecanismos y propuestas de mejora.

El objetivo del presente estudio es describir y comparar los porcentajes de no cumplimentación de dos instrumentos de registro: hoja circulante y lista de verificación quirúrgica, en un mismo entorno quirúrgico para una muestra de pacientes de características similares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio comparativo basado en dos cortes transversales realizado sobre 3024 pacientes intervenidos de procesos quirúrgicos de traumatología y ortopedia en el hospital de la Santa Cruz de Liencres (Cantabria) durante dos años: en el año 2009, en el que se utiliza la hoja circulante como registro de seguridad quirúrgica y durante 2010, una vez implantada la lista de verificación quirúrgica.

Población y muestra: Se incluyeron la totalidad de registros de pacientes de los años 2009 (1732 registros) y 2010 (1292), que cumplieron los siguientes criterios de inclusión/exclusión:

Criterios de inclusión: pacientes ingresados en el Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Santa Cruz de Liencres de Cantabria (España), intervenidos en el quirófano de ortopedia y traumatología del hospital y cuya hospitalización fue superior a 24 horas durante el periodo objeto de estudio.

Criterios de exclusión: pacientes intervenidos en el Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Santa Cruz de Liencres, cuya cirugía fue ambulatoria, o pacientes que fueron intervenidos con un proceso infeccioso en el momento de la intervención.

Fuentes de información: se consultaron en el Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital de Liencres (Cantabria) todos los registros intraquirúrgicos de los dos años que dura el estudio:

- Hoja de Circulante (HC) que cumplimenta la Enfermera Circulante para recoger los datos del año 2009.
- LVQ adaptada el modelo de la OMS en el Hospital de Liencres, de donde se extraen los datos intraquirúrgicos del año 2010.

Ambos registros son cumplimentados por la Enfermera Circulante. La obtención de la información fue realizada por un único miembro del equipo investigador, siendo el mismo en todo momento.

Variables objeto de estudio: se analizaron los ítems incluidos en cada instrumento de registro de información. Las tablas I y II muestran los ítems estudiados.

Tabla I. Ítems analizados de la LVQ

Entrada	
1.	Numero de Historia Clínica (NCH)
2.	Fecha de Intervención Quirúrgica
3.	Hora de Intervención Quirúrgica
4.	Número de Quirófano
5.	Sexo del paciente
6.	Procedimiento realizado
7.	Presentación con nombre y función del equipo
8.	Equipo confirma identidad del paciente
9.	Equipo confirma sitio quirúrgico
10.	Equipo confirma procedimiento
11.	Anestesista: Previsión eventos críticos
12.	Cirujano: Previsión eventos críticos
13.	Enfermería: Previsión eventos críticos
14.	Profilaxis antibiótica
15.	Imágenes radiológicas esenciales
Pausa Quirúrgica	
16.	Paciente confirma identidad
17.	Paciente confirma sitio quirúrgico
18.	Paciente confirma procedimiento

19. Paciente confirma consentimiento
20. Señalización sitio quirúrgico
21. Monitorización
22. Alergias conocidas
23. Vía aérea difícil o riesgo aspiración
24. Riesgo hemorragia > 500 ml
25. Seguridad anestesia
Salida
26. Confirmación procedimiento realizado
27. Recuento instrumental, gasas, compresas y agujas
28. Etiquetado correcto muestras
29. Revisión aspectos de recuperación/tratamiento
30. Traslado adecuado
31. Firma Anestesista
32. Firma Enfermería
33. Firma Cirujano

Tabla II. Ítems analizados de la hoja circulante

Hoja circulante
1. Numero de historia Clínica (NHC)
2. Sexo del paciente
3. Identidad del paciente
4. Fecha de Intervención
5. Edad en años del paciente
6. Turno de trabajo
7. Número de Quirófano
8. Servicio
9. Hora de Entrada
10. Hora de Salida
11. Cirugía Programada
12. Cirugía Limpia
13. Tipo de Anestesia
14. Diagnóstico Preoperatorio
15. Intervención quirúrgica
16. Isquemia
17. Hora inicio Isquemia
18. Hora final Isquemia
19. Vías canalizadas
20. Transfusión
21. Administración antibiótico en Reanimación
22. Muestras enviadas

23. Tipo de Muestras
24. No cumplimentado muestras
25. Drenajes
26. Tipo de Drenajes
27. Contaje de compresas
28. Tipo de sutura piel
29. Destino del paciente

Para cada uno de los ítems analizados se consideraron las siguientes situaciones: información presente, información ausente o no procedió recoger la información.

Análisis de los datos.

Para evaluar y comparar el grado de no cumplimentación global de los instrumentos de recogida de información (HC y LVQ), se calculó el porcentaje de no cumplimentación para cada uno de los sujetos estudiados, como el número de ítems completos dividido por el número de ítems totales (x100). Para el porcentaje global de no cumplimentación fueron calculados la media, desviación típica con intervalos de confianza al 95% para la media.

El porcentaje de no cumplimentación de cada uno de los ítems que componían cada instrumento, se calculó como el número de sujetos que no lo tuvieron cumplimentado dividido por el número que deberían haberlo tenido. Para estos porcentajes se calcularon intervalos de confianza al 95%.

RESULTADOS

Los resultados del análisis de cumplimentación en la hoja circulante de los 1732 sujetos estudiados pueden observarse en la tabla III.

Tabla III. Características del número de campos no cumplimentados y del porcentaje de no cumplimentación en la hoja circulante.

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media (95%)
Nº de campos no cumplimentados	,00	21	4,2	2,5	4,1 - 4,3
Porcentaje de no cumplimentación	,00	72,4	14,4	8,8	14,0 - 14,8

Para cada uno de los 29 campos estudiados incluidos en la hoja circulante ha sido calculado el porcentaje de no cumplimentación de los 1732 sujetos estudiados. La tabla IV muestra tales porcentajes, siendo los campos de la hoja circulante, número de historia clínica, fecha de intervención y edad, los que obtuvieron una cumplimentación del 100%. En cambio, las que mayor porcentaje de no cumplimentación tuvieron fueron: vías (80,20%) (IC 95%:78,32%-82,07%), muestras no cumplimentado (76,96%) (IC 95%: 74,98%-78,95%) y tipo de muestras (76,85%) (IC 95%: (IC 95%: 74,86%-78,84%).

Tabla IV. Porcentajes de no cumplimentación de los campos incluidos en la hoja circulante, calculados sobre los 1732 sujetos estudiados.

Campo	Porcentaje de no cumplimentación	Intervalo de Confianza al 95%
Numero de historia Clínica (NHC)	0,00(*)	(*)
Sexo del paciente	0,06	0,00 - 0,17
Identidad del paciente	0,40	0,11 - 0,70
Fecha de Intervención	0,00(*)	(*)
Edad en años del paciente	0,00(*)	(*)
Turno de trabajo	1,04	0,56 - 1,52
Número de Quirófano	0,69	0,30 - 1,08
Servicio	0,92	0,47 - 1,37
Hora de Entrada	2,02	1,36 - 2,68
Hora de Salida	2,14	1,45 - 2,82
Cirugía Programada	1,10	0,61 - 1,59
Cirugía Limpia	1,21	0,70 - 1,73
Tipo de Anestesia	3,46	2,60 - 4,33
Diagnostico Preoperatorio	2,48	1,75 - 3,22
Intervención quirúrgica	4,16	3,22 - 5,10
Isquemia	2,77	2,00 - 3,55
Hora inicio Isquemia	14,43	12,78 - 16,09
Hora final Isquemia	15,53	13,82 - 17,24
Vías canalizadas	80,20	78,32 - 82,07
Transfusión	2,37	1,65 - 3,08
Administración antibiótico en Reanimación	4,16	3,22 - 5,10
Muestras enviadas	2,08	1,41 - 2,75
Tipo de Muestras	76,85	74,86 - 78,84
No cumplimentado muestras	76,96	74,98 - 78,95
Drenajes	46,30	43,95 - 48,66
Tipo de Drenajes	46,19	43,84 - 48,54
Contaje de compresas	26,44	24,36 - 28,52
Tipo de sutura piel	2,14	1,45 - 2,82
Destino del paciente	2,48	1,75 - 3,22

(*) El porcentaje de cumplimentación fue del 100%

Los resultados del análisis de no cumplimentación en la LVQ de los 1299 sujetos estudiados pueden observarse en la tabla V.

Tabla V. Características del número de campos no cumplimentados y del porcentaje de no cumplimentación en la lista de verificación quirúrgica

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica	Intervalo de confianza para la media (95%)
Nº de campos no cumplimentados	1,0	15	7,0	2,8	6,9 - 7,2
Porcentaje de no cumplimentación	2,9	44,1	20,7	8,3	20,3 - 21,2

Para cada uno de los 34 campos estudiados, incluidos en la LVQ, ha sido calculado el porcentaje de no cumplimentación de los 1299 sujetos estudiados. La tabla VI muestra tales porcentajes, siendo el campo de la LVQ, recuento e instrumental, el único que presentó un 100% el porcentaje de cumplimentación.

Sin embargo, la firma de cirujano fue el que mayor porcentaje de no cumplimentación obtuvo (78,83%) (IC 95%: 76,61%-81,05%), seguido de alergias conocidas (74,13%) (IC 95%: 71,75%-76,52%) y la previsión eventos críticos (63,90%) (IC 95%: 61,28%-66,51%).

Tabla VI. Porcentajes de no cumplimentación de los campos incluidos en la hoja circulante, calculados sobre los 1299 sujetos estudiados.

Campo	Porcentaje de no cumplimentación	Intervalo de Confianza al 95%
Numero de Historia Clínica (NCH)	0,10	0,07 - 0,13
Fecha de Intervención Quirúrgica	0,20	0,17 - 0,23
Hora de Intervención Quirúrgica	0,20	0,17 - 0,23
Número de Quirófano	3,80	3,00 - 5,00
Sexo del paciente	2,20	1,00 - 3,00
Procedimiento realizado	2,60	2,00 - 3,00
Presentación con nombre y función del equipo	52,90	50,00 - 56,00
Equipo confirma identidad del paciente	53,10	50,00 - 56,00
Equipo confirma sitio quirúrgico	53,90	51,00 - 57,00
Equipo confirma procedimiento	54,90	52,00 - 58,00
Anestesiista: Previsión eventos críticos	42,10	39,00 - 45,00
Cirujano: Previsión eventos críticos	63,90	61,28 - 66,51
Enfermería: Previsión eventos críticos	10,93	9,23 - 12,63
Profilaxis antibiótica	0,39	0,50 - 0,72
Imágenes radiológicas esenciales	0,46	0,09 - 0,83
Paciente confirma identidad	0,85	0,35 - 1,35

Paciente quirúrgico confirma sitio	1,15	0,57 - 1,74
Paciente confirma procedimiento	3,93	2,87 - 4,98
Paciente confirma consentimiento	8,60	7,09 - 10,15
Señalización sitio quirúrgico	0,15	0,01 - 0,37
Monitorización	0,62	0,19 - 1,04
Alergias conocidas	74,13	71,75 - 76,52
Vía aérea difícil o riesgo aspiración	63,59	60,97 - 66,21
Riesgo hemorragia > 500 ml	56,74	54,04 - 59,43
Seguridad anestesia	0,69	0,24 - 1,14
Confirmación procedimiento realizado	20,86	18,65 - 23,07
Recuento instrumental	0,00(*)	(*)
Recuento de gasas, compresas y agujas	1,39	0,75 - 2,02
Etiquetado correcto muestras	0,154	0,01 - 0,37
Revisión aspectos de recuperación y tratamiento	0,08	0,01 - 0,16
Traslado adecuado	44,42	41,71 - 47,12
Firma Anestesiista	57,74	55,05 - 60,43
Firma Enfermería	2,39	1,56 - 3,22
Firma Cirujano	78,83	76,61 - 81,05

(*) El porcentaje de cumplimentación fue del 100%

DISCUSIÓN

El presente estudio aporta diferencias de cumplimentación en los registros de la actividad quirúrgica susceptibles de mejora por su relación con la seguridad de pacientes y la calidad asistencial, siendo mayor el porcentaje de cumplimentación global en la hoja circulante que la LVQ. Esta diferencia puede explicarse desde la perspectiva del rechazo al cambio, presente en todas las organizaciones.

Respecto al grado de cumplimentación de ambos registros (hoja circulante y LVQ), los ítems de número de la historia clínica, identificación del paciente y fecha de intervención, fueron los ítems en los que el porcentaje de cumplimentación se alcanzó entre un 90-100% de los registros al ser un elemento relacionado con la identificación de pacientes, totalmente incluido en las instituciones sanitarias desde sus orígenes.

El único ítem de la LVQ con un 100% de cumplimentación fue el recuento de instrumental, muy importante por las consecuencias y complicaciones en el paciente. En la hoja circulante el 100% de cumplimentación lo obtienen los ítems relacionados con los mencionados datos de identificación del paciente y fecha de la intervención quirúrgica.

Tras la implantación de la estrategia de seguridad LVQ, el ítem de muestras y etiquetado, ha mejorado de una no cumplimentación en la hoja circulante del 76,85% al 0,15%, así como el recuento de instrumental, gasas y compresas.

Uno de los ítems de menor cumplimentación ha sido la presentación de los miembros del equipo quirúrgico (52,90%) coincidiendo con el estudio realizado sobre la verificación partir de ítems verificables por el paciente que se obtuvo el ítem de menor cumplimiento⁽¹⁰⁾. Resulta llamativo al ser uno de los objetivos de la LVQ la relación entre la comunicación y el trabajo en equipo y su asociación con la mejora de la seguridad quirúrgica. Esto podría ser motivado por la estrategia de implementación y la metodología empleada en la sensibilización sobre el uso de la LVQ.

La LVQ pretende aumentar la normalización de la profilaxis antibiótica y mejorar la seguridad del paciente quirúrgico, obteniéndose que este ítem no se cumplimentaba en 2,08% de los registros de los pacientes en la hoja circulante, mejorando la LVQ sólo el 0,39%. El protocolo de administración de la profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos antes de la cirugía muestra resultado similar al de otros estudios publicados⁽¹¹⁾.

Cabe destacar que el personal de enfermería (circulante e instrumentista), realizó la cumplimentación de la LVQ prácticamente en el 90% y el 100% de los procesos quirúrgicos, mientras que el cirujano es el que realizó la menor cumplimentación. El personal de enfermería puede estar más implicado en la cumplimentación al estar más sensibilizado en la implantación de registros y presentar menos problema de adaptación al cambio desde la hoja circulante hasta la LVQ.

Comparando el grado de cumplimentación del protocolo de seguridad, la LVQ del Hospital de Santa Cruz de Lieres con otros hospitales de Santander, los resultados son similares en el ítem de firmas del equipo quirúrgico, siendo el personal de enfermería el más implicado⁽¹²⁾.

Si se analizan más en profundidad los resultados de este estudio, puede comprobarse que no se cumplimentaron todos los ítems de la LVQ, siendo en la 2ª fase donde mayor porcentaje de cumplimentación se obtiene, al igual que sucede en otros estudios⁽¹³⁾. Sin embargo se obtienen mejores resultados de cumplimentación en la 3ª fase del Hospital de Lieres en comparación con otros estudios realizados⁽¹⁴⁾.

Este estudio aporta la comparación de tasas de cumplimentación entre dos instrumentos de registro: hoja circulante y lista de verificación quirúrgica en un mismo entorno quirúrgico, permitiendo implantar estrategias de mejora en la cumplimentación de los registros y, por consiguiente, en la seguridad quirúrgica.

Los estándares de cumplimentación para la hoja circulante son elevados pero la LVQ requiere mejorar el compromiso de cumplimentación de todos los responsables del acto quirúrgico.

Este estudio podría presentar limitaciones derivadas de que los datos registrados son sobre el grado de cumplimentación de los dos registros intraquirúrgicos utilizados (hoja de circulante y LVQ) y no sobre la metodología y la correcta realización de las medidas de seguridad en el proceso quirúrgico.

CONCLUSIONES

El registro intraquirúrgico que mayor porcentaje de cumplimentación ha tenido de manera global ha sido la hoja de circulante. En los dos registros implementados, se evidencia la necesidad de implantar estrategias para mejorar el grado de

cumplimentación, para sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la importancia de la correcta cumplimentación como soporte y camino hacia la seguridad clínica.

En la hoja de circulante, los ítems que deberían mejorarse en la cumplimentación sería el registro de vías canalizadas y sobre todo las muestras y tipos de muestras, ya que las consecuencias para el paciente serían de gran importancia en su proceso asistencial. En cambio, en la LVQ, debería mejorar la correcta cumplimentación de los ítems de firma del cirujano y de alergias del paciente.

En concreto, la correcta cumplimentación del registro de alergias conocidas en la LVQ debería ser primordial por las posibles complicaciones que supondría para el paciente.

Los desajustes en porcentajes de cumplimentación podrían ser atribuibles a la cultura de falta de participación en cumplimentación de registros hospitalarios que está bastante generalizada.

Los soportes informáticos podrían aportar accesibilidad al registro y en consecuencia mejoras en la cumplimentación.

Se necesitan estudios que apoyen las posibles diferencias entre registros y en consecuencia se consolide progresivamente el uso de la lista de verificación quirúrgica en la actividad quirúrgica diaria.

REFERENCIAS

1. Gómez JC, Sánchez M, Valdés J, Capitán LC, Del Nozal M, Oliva F. Importancia de la calidad del informe de alta en la gestión de una unidad clínica quirúrgica Rev. Cirugía española. 2013;91(6):378-83.
2. Sally A. Aspectos legales de la documentación de enfermería. Nursing 2007;25(1):20.
3. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care Milbank Mem Fund Q 1966;44:166-203. Incluida en el Suplemento de la Rev. Calidad asistencial.2001.suplemento nº 1. (16).
4. Kelleys E. Aranaz J. Safety Data for Safer Care: The Importance of International Consensus and Action. Rev Calidad Asistencial. 2007;22(6):317-326
5. Recomendaciones Consejo de Europa de 9 de junio de 2009 sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (2009/C 151/01).
6. Pozo Muñoz F, Padilla Marín V. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria. Rev Calid Asist. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2013.03.009>
7. Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA55.18. Ginebra: Organización Mundial de la Salud;2002.
8. Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza (DO L88, 4.4.2011).
9. Informe de la Comisión al Consejo sobre la base de los informes de los Estados Miembros relativos a la aplicación de la Recomendación 2009/C 151/01 del Consejo, sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y la lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. COM (2012) 658 final 13.11.2012.

10. Collazos C, Bermúdez L, Quintero A, Quintero LE, Díaz MM. Verificación de la lista de chequeo para seguridad en cirugía desde la perspectiva del paciente. Rev col anest 2013;41(2):109-113
11. Garrido MJ, López I, Beato MF, Barro Y, Lucena V, Galán I. Registro de ruta quirúrgica y seguridad en el quirófano de urología. ENFURO 2012;121:22-24.
12. González Sobrado M. Lista de verificación del proceso quirúrgico: una estrategia de seguridad clínica. [Trabajo fin de Grado]. Santander: Universidad de Cantabria. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10902/2349>. 2013.
13. Ghirlanda G, Benetollo P, Lavarini M, Poli R, Tardivo S. The experimental Introduction of Surgical Safety Checklist in the OR of the New Surgical Building "Polo Chirurgico P. Confortini" of the Borgo Trento Hospital, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata of Verona, Italy. JMS 2012 Dec: 29-38.
14. Soria V, Andre Z, Saturno PJ, Grau M, Carrillo A. Dificultades en la implantación del checklist en los quirófanos de cirugía. Cir esp. 2012;90(3):180-185.

Recibido: 21 de Septiembre 2014; Aceptado: 24 de Octubre 2014

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia