

## Guía para la adaptación de la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía

La Organización Mundial de la Salud ha elaborado la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía mediante un proceso de amplias consultas internacionales, seguido de ensayos limitados sobre su aplicabilidad y, finalmente, de un estudio piloto multicéntrico a gran escala. La Lista sufrió en todas las fases modificaciones basadas en la retroinformación aportada por expertos en medicina clínica y seguridad del paciente y por quienes la habían utilizado en la práctica en el quirófano. El objetivo es que la Lista sea de aplicación universal y útil en todos los entornos y tipos de intervenciones. Sin embargo, se alienta su modificación con el fin de adaptarla mejor a las necesidades y a los procesos asistenciales propios de disciplinas quirúrgicas y entornos concretos.

No obstante, la adaptación de la Lista debe hacerse de forma crítica. Aunque no es necesario duplicar el proceso de amplias consultas utilizado en su creación, es imprescindible que se pruebe en situaciones simuladas y reales con el fin de garantizar su funcionalidad. Además, muchos de los principios que guiaron su creación también pueden aplicarse en su modificación.

1. Hay que lograr que la lista sea concisa y sólo aborde las cuestiones más críticas que no puedan comprobarse adecuadamente mediante otros mecanismos de seguridad. Lo ideal es que cada sección (la Lista OMS consta de tres secciones) tenga entre cinco y nueve ítems, una cifra avalada por la experiencia de la industria aeronáutica.
2. No debe tardarse más de un minuto en completar cada una de las secciones de la lista. La necesidad de incorporarla a la labor asistencial cotidiana debe refrenar la tentación de crear una lista más exhaustiva.
3. Cada ítem de la Lista debe estar relacionado con una acción concreta inequívoca. Ante un ítem que no tenga asociada una acción directa, los miembros del equipo se quedarán sin saber exactamente qué se supone que deben hacer, y eso reducirá en última instancia la aceptación de la lista.
4. Una característica fundamental de la lista consiste en ser un ejercicio verbal llevado a cabo por los miembros de un equipo. Su lectura en voz alta para todo el equipo es imprescindible para que tenga éxito, y si fuera simplemente un instrumento escrito su eficacia sería mucho menor, o nula.
5. Toda modificación de la Lista debe contar con la colaboración de representantes de todas las personas que puedan utilizarla. La búsqueda activa de aportaciones del personal de enfermería, los anestesiólogos, los cirujanos y otros profesionales es importante no sólo para que ayuden a hacer modificaciones apropiadas, sino

también para crear una sensación de "propiedad" que es fundamental para que la lista sea adoptada y para que se produzcan cambios permanentes de la práctica.

6. Antes de empezar a aplicar la lista hay que probarla. El éxito de la elaboración de la lista y de su integración en el proceso asistencial depende en gran medida de la retroinformación aportada en tiempo real por el personal clínico. Es importante probarla en simulaciones realizadas en torno a una mesa, pero también se aconseja que sea probada en condiciones reales por un equipo quirúrgico que aporte retroinformación. Después de modificar la lista o la forma de incorporarla al proceso asistencial en función de esas propuestas, se puede volver a probarla en un quirófano. Este proceso debe continuar hasta que se tenga la convicción de que la lista creada vaya a funcionar en el entorno al que se destina, y sólo después se iniciará un programa de aplicación más amplio.
7. Muchas instituciones ya están utilizando listas de verificación y otros métodos para garantizar una ejecución fiable de muchos de los procesos abordados en la Lista OMS. Además, hay en todo el mundo hospitales que ya han elaborado y están utilizando de forma sistemática listas de verificación que aplican inmediatamente antes de la incisión (la "pausa quirúrgica"). Para esas instituciones, el reto será combinar los procesos de seguridad/listas de verificación ya existentes con la Lista OMS. Ese proceso de integración es posible y lógico en casi todos los entornos. En muchas de esas instituciones lo más importante será que integren en sus prácticas actuales los ítems de la Lista OMS centrados principalmente en el funcionamiento y la comunicación del equipo: presentación del equipo, intercambio de información antes de la realización del procedimiento, y elaboración del plan de tratamiento al final de la intervención quirúrgica. Creemos que estos ítems son de importancia primordial y que nunca habría que eliminarlos de una lista de verificación.