

SEGURIDAD DEL PACIENTE

La Lista de la Organización Mundial de la Salud de Verificación de Seguridad en Cirugía

Anestesia Tutorial de la Semana 325, 5 de febrero de 2016

Dr. Natasha Woodman

ST6 Anaesthetic Registrar, Great Ormond Street Hospital, London, UK

Editado por:

Dr. Isabelle Walker

Consultant Anaesthetist, Great Ormond Street Hospital, London, UK

Correspondencia a: atotw@wfsahq.org

Artículo traducido por: Dr. Gustavo Lodigiani

PREGUNTAS

Antes de continuar, trate de responder las siguientes preguntas. Las respuestas pueden leerse al final del artículo, junto con una explicación. Por favor responda **verdadero o falso**:

- 1. Respecto de la implementación de la Lista de Verificación de Seguridad en Cirugía de la Organización Mundial de la Salud (WHO checklist):**
 - a. Los Anestesiólogos son los responsables de implementarla en el quirófano
 - b. La implementación de la Lista de Verificación es un proyecto ideal para los estudiantes
 - c. Es útil en la recolección de datos, pero es importante proveer los resultados al equipo del quirófano solamente al final del proceso de implementación.
 - d. Si un ítem no puede completarse en el lugar por carecer de recursos, hay que quitar este ítem de la Checklist.
 - e. El personal está más predispuesto a utilizar esta Checklist si comprende cómo la lista mejora la seguridad del paciente.

- 2. Cuando se lleva a cabo la WHO Checklist: (lista de Verificación de la OMS)**
 - a. La buena comunicación es importante -use preguntas claras y NOMBRE al individuo a quien se las dirige.
 - b. La WHO Checklist es solo para casos electivos, no para emergencias.
 - c. Es importante mantener el status y la jerarquía (estructura) durante la utilización de la Lista, de manera que todos sepan quien está a cargo.
 - d. Los antibióticos se administran usualmente luego de la incisión de la piel.
 - e. Las torundas/hisopos, agujas e instrumental retenidos, son un evento adverso recurrente en todo el mundo. El uso de paquetes y listas de instrumental estandarizadas ayuda en el proceso de conteo.

3. Cuando realizar las acciones de información inicial (briefing) y la devolución de la información (debriefing):

- a. Antes y después de cada caso quirúrgico.
- b. La acción de dar información inicial (briefing) le brinda a cada uno la oportunidad de presentarse e identificar el rol de la persona.
- c. Los cirujanos están muy ocupados usualmente, por tal motivo no necesitan participar de los informes previos a la Lista.
- d. La sesión informativa inicial (briefing) es demasiado larga para ser usada de manera rutinaria.
- e. No habría razón para que una sesión de devolución de información (debriefing) tenga lugar un día que haya transcurrido tranquilamente (“sobre ruedas”), ya que no habría nada que aprender.

PUNTOS CLAVE:

- Los eventos adversos en cirugía son un importante problema global. Muchos son prevenibles.
- La Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica de la Organización Mundial de la Salud (WHO Checklist), demostró que reduce las complicaciones quirúrgicas y mejora la comunicación y el trabajo en equipo en el quirófano.
- Los **componentes clave para la implementación exitosa de la Lista** de Verificación son: soporte administrativo experimentado, “ganancia de tiempo” quirúrgico, asegurando la implementación de un proceso subyacente de cuidado, “y el uso de “Líderes” locales y la impulsión de proyectos locales”.
- Modificaciones para adaptar a las prácticas locales, entrenamiento, implementación gradual y retroalimentación en tiempo real de la mejoría del desempeño.

INTRODUCCIÓN:

En el año 2008 la Organización Mundial de la Salud (**WHO**) presentó una **Lista de Verificación de Seguridad en Cirugía**, aplicable por todos los equipos quirúrgicos y a ser utilizada con cada paciente que se operara. Esta herramienta fue implementada alrededor del mundo y alentó el diálogo dentro de los equipos multidisciplinares y la utilización de rutinas de chequeos de seguridad para minimizar el daño a nuestros pacientes.

CASO EJEMPLO:

Paciente mujer de 18 años. Ingresa a quirófano para una apendicectomía de urgencia. Cuando el equipo quirúrgico fue llamado para el procedimiento su enfermera estaba ocupada con otro paciente. Otra enfermera amablemente recopiló las anotaciones y llevó a la Srta. X al quirófano. Un anestesiólogo, el Dr. A., evaluó a la paciente y transmitió un breve reporte al anestesiólogo a cargo, el Dr. B. Este último se acercaba al final de su atareada guardia de 12 horas con casos de emergencia en la lista de prioridades. Habiendo anestesiado a la Srta. X (paciente), el Dr. B, estaba por administrarle a la paciente antibióticos cuando vio que en el parte de anestesia el

sector correspondiente a alergias había quedado vacío. Fue a chequear el parte de drogas y vio que la paciente X tenía alergia severa a la penicilina.

La enfermera desconocía esta alergia, la paciente X no la mencionó antes de la inducción anestésica y el Dr A., olvidó comentarlo con el Dr B.

Esto fue “casi un error” (“near miss”: no llegó a suceder el evento adverso) y pudo haber sido evitado si los antecedentes de alergia se hubieran chequeado antes de la inducción anestésica, durante el chequeo previo de la Lista de Verificación de Seguridad en Cirugía.

ERRORES EN LA CIRUGÍA-EL TAMAÑO DEL PROBLEMA

La OMS estimó que en el mundo se realizan anualmente 234 millones de cirugías. (1) Una revisión sistemática que incluyó alrededor de 74000 registros de pacientes, encontró una incidencia media intrahospitalaria de eventos adversos de 9,2 %. Se estima que aproximadamente la mitad de estos eventos están relacionados con la cirugía o con las drogas y que el 43% son prevenibles. (2) En Inglaterra y Gales, el Sistema Nacional de Reportes y Enseñanza (NRLS) reportó que en 2013-2014, 10526 pacientes murieron o devinieron en, desde daño severo secundario a incidentes. Alrededor de 3000 de estos incidentes se relacionaron con el tratamiento, con el procedimiento o con la implementación de cuidados y atención continua del monitoreo. (3) Estos números son alarmantes cuando son extrapolados al número global de cirugías realizadas y proveen una clara motivación para hacer más seguras las cirugías.

HISTORIA DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:

En el año 2002 la Asamblea Mundial de Salud instó a los países a mejorar la seguridad en los cuidados de salud y en los sistemas de monitoreo. Solicitó a la OMS que estableciera normas globales de atención y proporcionara apoyo a los países para mejorar la seguridad del paciente.

Como resultado de ello, se formó la **“WHO Seguridad del paciente”** y enfocó su energía en campañas denominadas: - “Desafío Global en la Seguridad del Paciente”. Seguido a este primer desafío: - “Cuidados Limpios son Cuidados Seguros”, la WHO presentó: **“Cirugía segura salva vidas”**.

Se publicaron guías de la WHO a cargo del Profesor Atul Gawande: **“Normativas de la Organización Mundial de la Salud para cirugía segura”**. Ésta presenta 10 objetivos esenciales para la cirugía segura, de los que derivó la Lista de Verificación de Seguridad en cirugía. (Figura 1)

El objetivo de esta “Lista de Verificación de la WHO” fue darles a los equipos una simple y eficiente selección de controles prioritarios para mejorar la efectividad del trabajo en equipo y la comunicación y para alentar activamente la consideración de la seguridad del paciente en cada cirugía realizada. La WHO (OMS) también buscaba asegurar la consistencia en los cuidados del paciente en la cirugía e introducir (o mantener) una cultura que valore la seguridad del paciente. (5)

En un estudio piloto sobre la implementación de la Lista de Verificación de la WHO, el equipo del Prof. Gawande observó prospectivamente alrededor de 3000 pacientes previamente a la introducción de la Lista de Verificación, y cerca de 4000 pacientes luego de la implementación de la misma. Midieron la tasa de complicaciones quirúrgicas

o de mortalidad hasta 30 días después de la cirugía o hasta la externación. (6) El estudio incluyó 4 hospitales en países de ingresos bajos y medios y 4 hospitales en países de altos ingresos. Hallaron que la tasa global de muertes antes de la introducción de la Lista de Verificación era de 1,5 % y que luego de la implementación de esta Lista cayó a un 0,8 %. Las complicaciones de los pacientes hospitalizados también se redujeron de 11% antes de la Lista de Verificación a 7% luego de la introducción de ésta.

Como medida de adhesión a esta Lista, **identificaron 6 indicadores seguros**, algunos tales como:

- el uso de antibióticos pre-incisión,
- el conteo de gasas/compresas y
- chequeos anestésicos rutinarios

Vieron un incremento en la performance de éstos del 34,2 % previo a la Lista a 56,7 % post Checklist. Es interesante que aún con solo el 56 % de estos 6 indicadores completados se hayan visto significativas reducciones en la tasa de muerte y complicaciones. El equipo de implementación de la Lista de Verificaciones, utilizó presentaciones en equipo, sesiones informativas iniciales (briefing) como parte de la rutina de seguridad, la cual pasó a ser formalmente parte de la estrategia de la Lista de Verificaciones del Reino Unido (ver abajo).

En septiembre de 2014 el equipo de la Organización Mundial de la Salud identificó 4132 instituciones que manifestaron interés en utilizar la Lista de Verificaciones y 1790 instituciones que estaban usando activamente la Lista en al menos un quirófano.(7) Siete años después de la introducción de la **Checklist**, numerosos estudios demostraron el beneficio de ésta, pero los observadores, las auditorías y las pruebas, también reportaron obstáculos en común en el uso exitoso de esta herramienta para la seguridad del paciente. **La clave para la implementación exitosa, en todas las culturas, economías y especialidades, parece ser el compromiso de todo el equipo, entendiendo la relevancia y potencia de esta herramienta en cada uno de los escenarios.**

PARTES CONSTITUTIVAS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN

Hay 3 fases en la Lista de Verificaciones:

1. Registrarse/Firmar: antes de la inducción de la anestesia, idealmente (aunque no es esencial) con el cirujano presente.

Verificar verbalmente, revisar con el paciente cuando sea posible:

- a. Identificación del paciente
- b. Procedimiento y sitio
- c. Consentimiento para la cirugía
- d. Marcación del sitio operatorio, si corresponde, (distinguiendo entre derecho e izquierdo)
- e. Colocación de oxímetro de pulso/ su correcto funcionamiento

Revisión entre el Anestesiólogo y el Coordinador de la Lista de Verificación:

- f. Riesgo de pérdidas sanguíneas. (si es > 500 ml en adultos o > 7 ml/kg en niños, se recomienda colocar por lo menos 2 catéteres intravenosos gruesos o una vía central antes de la incisión quirúrgica y fluidos o sangre disponibles.
- g. Dificultad en la vía aérea o riesgo de aspiración. Si se identifica una vía aérea potencialmente de alto riesgo, la aproximación anestésica debe ajustarse acorde a la situación, el equipo de emergencia debe estar

accesible y debe haber un asistente capacitado presente durante la inducción. El reflujo activo sintomático o un estómago lleno también deben manejarse con un plan modificado.

- h. Alergias conocidas. Todos los miembros del equipo deben estar al tanto.
- i. Completar los chequeos de seguridad anestésicos (equipo, medicaciones, medicaciones de emergencia, riesgo anestésico del paciente).

2. Tiempo muerto luego de la inducción y antes de la incisión quirúrgica: todo el equipo

- a. Cada miembro del equipo se presenta con nombre y rol
- b. Pausa para confirmar: operación correcta, paciente correcto y sitio correcto. Anestesiólogo, enfermera, y cirujano, todos deben confirmar el acuerdo/aceptación y también el paciente, si está despierto.
- c. Revisar anticipadamente los eventos críticos
 - Etapas/pasos quirúrgicos críticos/inesperados, duración de la operación, pérdida de sangre anticipada.
 - Situaciones anestésicas específicas del paciente, por ejemplo, intención de uso de productos de la sangre, comorbilidades.
 - Las enfermeras confirman la esterilidad del instrumental y discuten asuntos/situaciones relacionadas al equipamiento.
- d. Confirmar antibióticos profilácticos, donde se requieran, deben darse 60 minutos antes de la incisión de piel, si no se administran/no son requeridos, administrar previamente a la incisión. Si se dieron hace más de 60 minutos, considerar otra dosis.
- e. Mostrar apropiadamente las imágenes esenciales

3. Finalizar la sesión durante o inmediatamente después del cierre de la herida. Antes del traslado del paciente fuera de quirófano, mientras el cirujano se encuentre todavía presente.

- a. Confirmar la operación realizada y registrada
- b. Chequear el instrumental, realizar el conteo completo de esponjas-gasas-agujas. Si los números no coinciden, alertar al equipo quirúrgico y estudiar los pasos a seguir.
- c. Chequear el correcto etiquetado de muestras quirúrgicas.
- d. Recalcar los problemas en los equipos.
- e. Mencionar planes/situaciones concernientes a la recuperación y el postoperatorio, especialmente los riesgos específicos.

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía

Antes de la inducción de la anestesia	Antes de la incisión cutánea	Antes de que el paciente salga del quirófano
(Con el enfermero y el anestesista, como mínimo)	(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)	(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)
<p>¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?</p> <input type="checkbox"/> Sí	<p><input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función</p> <p><input type="checkbox"/> Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento</p> <p>¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede	<p>El enfermero confirma verbalmente:</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>¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede	<p>¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?</p> <input type="checkbox"/> Sí	<p>Cirujano, anestesista y enfermero:</p> <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente?
<p>¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?</p> <input type="checkbox"/> Sí	<p>Previsión de eventos críticos</p> <p>Cirujano:</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>Anestesista:</p> <input type="checkbox"/> ¿Presenta el paciente algún problema específico? <p>Equipo de enfermería:</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>¿Tiene el paciente...</p> <p>... Alergias conocidas?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <p>... Via aérea difícil / riesgo de aspiración?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y hay instrumental y equipos / ayuda disponible <p>... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales	<p>¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?</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

La tabla se encuentra en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44233/1/9789243598598_spa.pdf?ua=1

IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN (checklist)

La WHO emitió un manual de apoyo implementación de la Lista de Verificación. (5) El manual da detalles acerca de cómo debe llevarse a cabo cada paso. Subraya la importancia del liderazgo y del compromiso institucional y enfatiza la importancia de que cada departamento o staff practique usando la Lista de Verificación antes de introducirla en la acción, para poder modificarla si es necesario y quede luego incorporada dentro del flujo operativo normal del trabajo.

En el sitio web de la Organización Mundial de la Salud hay recursos para ayudar en la implementación de la Checklist. http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/en/

Y se pueden ver videos de ejemplo de todo el mundo en el sitio web SafeSurg: <http://safesurg.org/videos.html>

Una única persona debe ser la responsable de chequear los ítems de la Lista y puede ser cualquier profesional de la salud del quirófano, con frecuencia suele ser la enfermera circulante. Este coordinador nominado debe evitar que comiencen las actividades del equipo quirúrgico antes de haber completado cada paso. Inicialmente esto

puede provocar tensiones y resistencia dentro del equipo, pero solo siguiendo consistentemente los pasos de seguridad se lograrán minimizar los riesgos más comunes y prevenibles.

Si bien se alienta a modificar la Lista de Verificación según sea necesario, se desalienta que se saquen o quiten pasos de seguridad solamente por no poder ser cumplidos. También se advierte sobre agregar demasiados pasos adicionales, creando una Lista compleja e inmanejable. En Inglaterra y Gales, la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente (**NPSA**) emitió un Alerta de Seguridad de Pacientes en el año 2009.

Lanzó una Lista de Verificación modificada para Inglaterra y Gales con instrucciones que apuntan a una guía clínica dentro de cada organización, asegurando que la Lista de Verificación sea completada para cada paciente que sea sometido a cirugía y que los registros de la Lista de Verificación sean incorporados al historial del paciente.(8)

Una guía de modificaciones de la Lista de Verificación está disponible en el sitio web de la Organización Mundial de la Salud, tanto como ejemplos de Listas de Verificación modificadas en distintas partes del mundo:

http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/local_adaptation/en/

SESIONES de INFORMACIÓN INICIAL (briefing) y de REPORTE FINALES (debriefing)

Briefing y debriefing son [anglicismos](#).

El **briefing** o **brief** (cuyo significado es el de "carta o informe") se realiza antes del comienzo de una misión. Es el documento o la sesión informativa que proporciona **información** al equipo o staff. Es un documento resumen, muy sintético, que facilita la labor.

El debriefing es la **reunión** posterior a una actividad, evento o proceso en la que se extraen conclusiones de la misma. En ella se analiza el cumplimiento o no de los **objetivos** de la misión y se extraen conclusiones acerca de la actuación de todos sus participantes.

La Campaña: "La Seguridad del Paciente Primero" fue establecida para apoyar la implementación de la lista cuando el **NPSA** (Agencia Nacional de Seguridad del Paciente) emitió su informe de alerta en Inglaterra y Gales respecto del uso de la Lista de Comprobaciones.

La campaña reportó que algunos elementos de la Lista de Verificación podrían ser más efectivos si fueran incorporados dentro de la sesión de información (briefing) del paciente, antes de comenzar con la Lista.

Se constituye así la oportunidad de hacer un plan para la lista entre todos los miembros del equipo, para planear y anticipar cualquier problema que pueda ser previsto. Cualquier miembro del equipo puede conducir la sesión de información (briefing), asegurándose de que cada uno se haya presentado, y establecido su rol y responsabilidades respecto de la Lista. Se hace un repaso de la Lista, resaltando cualquier cambio, consideraciones de equipamiento, requerimientos especiales o asuntos de seguridad. Todos los miembros del quirófano deben estar presentes para las sesiones informativas (briefing) y los reportes (debriefing).

Los reportes (debriefing) se realizan normalmente al finalizar la Verificación, antes de que cualquier miembro del equipo salga del quirófano. El propósito de este reporte es reflexionar y compartir perspectivas de las tareas que anduvieron bien y de las que no.

Esto puede incluir intercambio entre los miembros del equipo sobre el ambiente del quirófano, sobre errores o "casi errores" ("near misses"), una mirada retrospectiva del briefing (sesión inicial informativa) y la utilización de la Lista de Comprobación de Seguridad en Cirugía a lo largo del día. Es importante registrar los éxitos, los puntos de aprendizaje, las áreas que requieren cambio o mejoramiento y que esto sea llevado a cabo en un entorno abierto no amenazante.

La campaña: “La Seguridad del Paciente Primero (**Patient Safety First**)” desarrolló y promovió “**5 pasos para una cirugía más segura**” (9) (Figura 2)

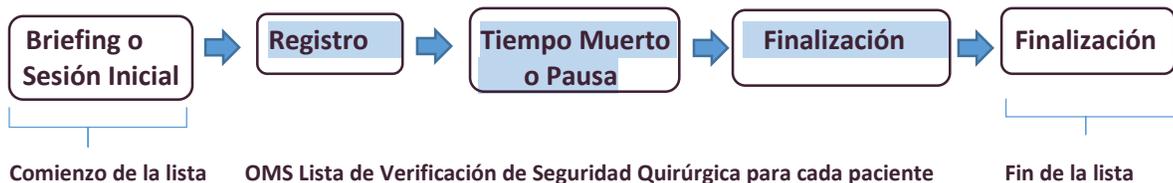


Figura 2: Cinco pasos para una cirugía más segura

OBSTÁCULOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Los temas comunes que pueden dificultar la implementación exitosa de la Lista de Verificación están listados en la Figura 3. Se deberían tener en cuenta los siguientes obstáculos, a fin de mejorar la implementación de los resultados. (9-11)

DESAFÍOS PRAGMÁTICOS	ACTITUDES
<ul style="list-style-type: none"> • Duplicación de listas de control existentes que conduce a irritación y a la "fatiga de lista de verificación" • Consume mucho tiempo , inconveniente • Sincronización y ritmo inapropiado • Mala comunicación • Desconocimiento, confusión, quién debe apuntar los ítems? • Ausencia de los miembros claves del equipo • Uso de la lista de comprobación como un ejercicio solamente para marcar casilleros 	<ul style="list-style-type: none"> • Negación de que las tareas de rutina puedan ser olvidadas • Actitudes desdeñosas, falta de compromiso • Las jerarquías en el quirófano desalientan la comunicación abierta. • Vergüenza en las presentaciones • Falta de apoyo de los líderes o gerentes
RECURSOS	PROCESOS FUNDAMENTALES DE CUIDADO
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de recursos, tales como rotuladores, antibióticos y oxímetros de pulso 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de políticas sobre antibióticos, protocolos • No hay rutina de recuento de hisopos, agujas o instrumental

Figura3: Tabla sintetizadora de las barreras u obstáculos para la implementación de la lista de comprobación.

PRINCIPALES CONSEJOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN EXITOSA DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA OMS

La implementación de esta Lista puede resultar un reto, especialmente cuando se incorpora como mandato bajado de arriba, o cuando los beneficios no son bien comprendidos. Luego de la implementación exitosa, el cumplimiento puede ser uno de los mayores retos, ya sea en la utilización de la misma o en el completamiento de todos sus ítems. (11) Más abajo hay indicaciones que pueden ayudar en la incorporación de la **Checklist** para su uso efectivo. Estos puntos se resumen en la figura 4.

LIDERAZGO

- Los líderes en cirugía, anestesia y enfermería tienen mucha influencia. Es importante que ellos se comprometan con la seguridad del paciente como prioridad y usen la Lista de Verificación para sus propios casos. Los miembros del staff con mayor experiencia deben actuar apoyando a los miembros con menos experiencia cuando éstos quieren aportar algo, o realizar cambios en un ítem, o simplemente realizar una pregunta si no comprendieron algo. Estos líderes de equipo deben ser accesibles y tener talento negociando y persuadiendo. Tienen que crear una cultura honesta y transparente y una aceptación de base de que todos son falibles y que pueden haber omisiones en cualquier parte y bajo la supervisión de cualquier persona.
- Es importante que la Lista de Verificación no sea vista por el personal como un mandato verticalista, que haya entusiasmo y compromiso dentro del equipo de trabajo, brindándoles una buena razón para su uso. Utilizando la evidencia desde la experiencia en situaciones adversas o la “casi comisión de errores” (“near misses”) los líderes deben alentar la transparencia y honestidad estimulando a los equipos a que vean el valor de estos chequeos rutinarios.
- Además de los líderes, es importante el compromiso del personal administrativo. Pueden necesitarse nuevos recursos o simplemente la provisión del papel para las **checklists** en cada quirófano. El soporte administrativo puede también ser requerido para asegurar el establecimiento de una cadena de provisión de antibióticos y para que el equipamiento adecuado esté disponible, incluyendo el equipo de esterilización de instrumental quirúrgico.

IMPLEMENTACIÓN DEL EQUIPO Y ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL

- Es útil crear un equipo de implementación con representantes de anestesia, cirugía y enfermería. Este equipo debe reunirse regularmente para planificar la incorporación de la Lista de Verificación.
- El equipo de implementación debe liderar la formación del personal con demostraciones in situ, videos y entrenamiento cuando comienzan a utilizar la Lista. El entrenamiento debe ser en todas las áreas profesionales para todo el equipo. Esto ayuda a allanar las jerarquías dentro del quirófano y para muchos, puede ser muy revelador para ver el mundo a través de los ojos de otro.

- Junto con las sesiones de aprendizaje, es útil ayudar a incrementar el conocimiento, por ejemplo con posters, cartas, o protectores de pantallas de las computadoras.
- El equipo de implementación debe considerar la conveniencia de la incorporar la Lista de Verificación primero en un área o de hacerlo masivamente. Un ejemplo de implementación efectiva en el Estado Washington, probó inicialmente la **checklist** en un pequeño número de quirófanos. Debido a la publicación de boletines informativos del éxito de los posters, las otras salas quirúrgicas comenzaron a impacientarse esperando el lanzamiento oficial, y la **checklist** se diseminó espontáneamente. (12)
- Si un ítem en la **Checklist** no se constituye en práctica de rutina, por ejemplo: la sesión grupal informativa (briefing)/de reporte (debriefing), o la administración de antibióticos pre-incisión, o el conteo del instrumental quirúrgico, se requerirá enfocar el entrenamiento en esta área. Los ítems en cuestión pueden ser incorporados de manera escalonada, dominando un ítem primero, antes de agregar un segundo ítem.
- Los causantes más frecuentes de eventos adversos en cirugía son las agujas, el instrumental, o el material quirúrgico retenido.

El entrenamiento debe incorporar el impacto en la seguridad que tienen estas tareas, de modo que el equipo tenga razones para llevarlas a cabo y vuelva a chequear al paciente si el recuento no da un resultado correcto.

Dentro de las tareas a incorporar dentro del personal del equipo se encuentra el re-chequeo del paciente si el conteo no es correcto.

Será difícil completar el conteo del instrumental quirúrgico si no hay series estandarizadas o listas formales del instrumental. Los riesgos de materiales retenidos (agujas, instrumental, torundas, etc.) pueden reducirse mediante la realización de series formales de listas sobre el instrumental quirúrgico y del conteo rutinario del equipamiento quirúrgico en la mesa de cirugía. Todos los equipos de personal deben entender la importancia de los nuevos chequeos agregados a la práctica. De modo de evitar así, que algún grupo las considere como intervenciones perturbadoras y agotadoras.

- La administración oportuna de antibióticos por lo menos 15 minutos antes de la incisión de piel (incluyendo las cesáreas), pero no más de 60 es una intervención efectiva para reducir la infección del sitio quirúrgico **y los anestesiólogos pueden contribuir de forma importante en la reducción de esta complicación**. Es importante establecer protocolos locales de antibióticos y asegurar de la adhesión a éstos.
- Es útil alentar a los equipos a comunicarse claramente. Las comprobaciones deben efectuarse en voz alta para que todos los integrantes del quirófano escuchen. **Hay que evitar formular sólo preguntas** (los antibióticos se administraron, no?); **en su lugar hay que comunicarse en forma específica con un miembro del equipo (pregunta: -"Dr. X : administró el antibiótico?", Respuesta del Dr. X: - "sí lo hice")**.

TIEMPO DE SESIÓN INFORMATIVA (briefing) Y CHEQUEOS QUIRÚRGICOS

- Los **"5 pasos para una cirugía segura"** ayudan a resaltar asuntos/problemas al principio del día y permiten una resolución temprana para minimizar el impacto negativo en la seguridad del quirófano durante la estancia del paciente en el mismo. Si su servicio va a adoptar esta aproximación, es útil definir un tiempo exacto para completar los informes pre-Lista. Esto evita que los miembros del equipo lleguen en

momentos diferentes y la ineficiencia y la animadversión de los otros miembros del equipo mientras esperan.

- El personal debe evitar distracciones cuando se están completando las comprobaciones, idealmente solicitando “una pausa o momento de silencio”, para tener la atención de todos. Además de la atención, todos los miembros deben estar presentes. Es útil completar la finalización de la sesión (“Sign Out”) mientras el cirujano cierra la herida, para integrarlo a la Lista de Chequeos, dentro del proceso quirúrgico y asegurar la presencia del cirujano en el quirófano.

RECURSOS Y DOCUMENTACIÓN

- Si un ítem no puede completarse, por ejemplo, debido a la pérdida de lápices marcadores de piel, oxímetro de pulso o antibióticos, los coordinadores de la **Checklist**, no deben tildar el ítem en forma deshonesta. Es importante documentar esta necesidad y retroalimentar esta información al departamento en forma regular. Así como contactar al administrador del hospital para mejorar los recursos del lugar.
- En algunas instalaciones resulta útil registrar la información de la **Checklist** en una pizarra en el quirófano, refiriéndose a ella durante el caso. Con los miembros del equipo cambiando frecuentemente, los nombres del personal pueden olvidarse fácilmente, pudiendo ser útil para el equipo, que el nombre de cada miembro del personal esté exhibido visiblemente.
- Si la **Checklist**, no forma parte del sistema informático, darle a cada quirófano una carpeta con varias copias. El uso de la **Checklist** debe quedar documentado en el historial del paciente, por ejemplo, en el parte anestésico.
- **Los chequeos de seguridad de rutina pre-anestésicos y el uso de oxímetro de pulso son parte de los estándares de la Organización Mundial de la Salud para la Seguridad en Cirugía y también de los Estándares Internacionales para la Práctica de Anestesia Segura de la World Federation of Societies of Anaesthesiologists (WFSA) 2010.(13)**
- La **Fundación Lifebox** ha sido creada para facilitar el acceso a los oxímetros de pulso en países de bajos y medianos ingresos donde no están disponibles: (www.lifebox.org); si Usted no tiene acceso a un oxímetro de pulso, contáctese por favor con **Lifebox** y dése a conocer.

RECOLECCIÓN DE DATOS Y RETROALIMENTACIÓN

- La información es una poderosa vía para impulsar cambios en la práctica y es un componente esencial en cualquier proyecto de mejora en la calidad. Éste puede ser un proceso formal o informal, en papel o electrónico, dependiendo de su situación local. El Colegio Real de Anestesiólogos publicó una útil introducción de mejora de la calidad (14) y se encuentran disponibles cursos on-line a través del Instituto de Mejora en los Cuidados de la Salud (**IHI**) (<http://www.ihl.org/pages/default.aspx>).
- La información puede recopilarse en forma de “medidas de procesos”, por ejemplo: auditar muestras de los registros del paciente de manera semanal para ver si la **Checklist** fue completada o si se administraron

los antibióticos antes de la incisión de la piel. Pedir a un miembro del equipo que observe en el quirófano para ver si fue completada la Lista de Verificación, o a ver si todos los ítems de la Lista se completaron.

- Los resultados, tales como: tiempo de inicio de la cirugía, motivos de retraso, eventos adversos, “casi errores” (“near misses”) e infecciones postoperatorias se han usado para apoyar la incorporación de la Lista de Verificación. Las historias de los pacientes son una importante vía de motivación de los equipos.
- El equipo de implementación debe devolver esta información al equipo de quirófano en forma regular, idealmente como “Run Charts”, es decir gráficos simples de frecuencia de eventos (% de pacientes con el Checklist completado, o antibióticos administrados) versus tiempo, de manera que el equipo de quirófano pueda ver como se desempeñan semanal o mensualmente. Debe considerarse la comparación entre quirófanos; la competencia es un importante impulsor de cambios. Y usar estos resultados para estimular la discusión sobre porque las cosas funcionan bien, o descubrir los obstáculos que evitan el éxito.
- También es importante presentar estos datos al equipo administrativo del hospital (administradores) de manera que los problemas recurrentes puedan corregirse a la brevedad. Por otra parte informarles sobre la mejoría de los resultados en la atención de los pacientes, mejorará más el manejo administrativo respaldando los proyectos de seguridad para los pacientes.



Figura 4. Diagrama que resalta la importancia de los pasos en la implementación de la WHO Checklist.

RESUMEN

Diariamente se presentan y se pueden evitar daños en las cirugías a lo largo del mundo. La Lista de Verificación de la Organización Mundial de la Salud (**WHO Checklist**), fue incorporada como un medio para reducir el daño y mejorar la seguridad de los pacientes en el quirófano. Con el beneficio de las observaciones retrospectivas, los trabajos realizados, las auditorías, ganamos experiencia e identificamos los factores clave que permiten el uso exitoso de la **Checklist**.

Estos son:

- soporte multidisciplinario del personal más experimentado,
- soporte en quirófano (surgical buy-in) y aseguramiento de que los procesos basales de cuidado se encuentran en el lugar
- y la utilización de líderes locales para entusiasmar y animar al personal.

La lista de comprobaciones necesita transformarse en parte de la rutina quirúrgica, especialmente en una emergencia o al final de un prolongado turno de trabajo, cuando las tareas simples son olvidadas fácilmente. Con el uso constante, los miembros del equipo se familiarizarán con las verificaciones y resultarán menos penosas, más eficientes en el uso del tiempo y superarán las barreras para el éxito.

Y por último, se reducirá la probabilidad de daño al paciente.

NOTA DEL TRADUCTOR: “*Surgical Buy-in*”: podría interpretarse como la relación contractual cirujano/paciente, de acuerdo a las diferentes acepciones del término; y “near misses”: serían omisiones que no llegaron a provocar un evento adverso en el paciente.

RESPUESTAS

1.

a. Falso: la implementación de la Lista de Verificaciones es un esfuerzo de equipo. El equipo debe representar a cada uno de los que trabajan en quirófano, para alcanzar así a todo el personal que se desempeña en el lugar.

b. Falso: los miembros experimentados del equipo de quirófano asignados a mejorar la seguridad del paciente deben dirigir el proceso de implementación. Los miembros más experimentados del personal son muy influyentes y deben estar comprometidos. Los estudiantes son un recurso valioso y pueden colaborar en la implementación del proceso si tienen el apoyo de los líderes en el quirófano.

c. Falso: la tutoría en tiempo real en quirófano y la continua retroalimentación en el proceso de implementación es un poderoso operador para influenciar el cambio. Es útil el uso de observaciones regulares y discusiones informales acerca de cómo pueden mejorarse las cosas, antes que esperar hasta el final del período de implementación para evaluar las dificultades.

d. Falso: los pasos de seguridad que no puedan completarse no deben ser eliminados. Por ejemplo, la utilización de un oxímetro de pulso que funcione y la administración de antibióticos apropiados para la profilaxis. Es necesario

animar al personal administrativo del hospital de manera que todos los ítems puedan chequearse. Esto puede implicar contar o solicitar apoyo solidario o la **Lifebox**. (http://www.lifebox.org/donations/register-to_receive-a-donation/) http://www.lifebox.org/wp-content/uploads/Lifebox_needs_survey_v2SPANISH.pdf)

e. Verdadero: Reportar y compartir historias acerca de “casi errores” (no llegó a ocurrir el evento) o incidentes adversos ayuda a la gente a ver la utilidad de la Lista de Verificación.

Los “Run Charts” (gráficos de % de eventos/tiempo) de las Checklist finalizadas, pueden ayudar a la gente a ver cómo van o sus logros o con el “proceso”; si bien las verificaciones y los resultados referidos a infecciones de las heridas son más difíciles de establecer, éstos pueden inspirar al equipo a utilizar las Listas de Verificación.

2.

a. Verdadero

b. Falso: es aún de mayor valor usar la Lista de Verificación de la OMS en una emergencia, ya que simples chequeos de rutina pueden ser olvidados en un contexto de urgencia.

c. Falso: todos los miembros del equipo deben sentirse capaces de preguntar o hablar sin miedo o vergüenza. Esto debe alentarse creando un ambiente abierto sin jerarquías.

d. Falso: los antibióticos se administran 15-60 minutos antes de la incisión de piel.

e. Verdadero: el conteo de elementos e instrumental quirúrgico es una parte importante de la enfermería quirúrgica moderna. Es más fácil si hay un número estándar de paquetes que se utilizan y una lista de instrumental estándar que pueda chequearse al final de la cirugía.

3.

a. Falso: el resumen informativo (briefing) se hace antes del comienzo de la lista y el reporte al final de la misma (debriefing) preferentemente antes y después de cada caso.

b. Verdadero.

c. Falso: un resumen informativo (briefing) pre-Lista puede emplearse para anticiparse a problemas o para resolver problemas de equipamiento, asuntos de seguridad y para anticipar cambios en la Lista. El equipo entero debe estar presente para el resumen informativo pre-Lista (briefing).

d. Falso: el resumen informativo (“briefing”) debería tomar alrededor de 10 minutos, pero salvará retrasos a lo largo del día.

e. Falso: cuando una Lista se completó con seguridad, eficiencia y sin complicaciones, resulta útil ver el comportamiento del equipo durante esta lista que contribuye al éxito. Haciendo mención a qué salió bien, el equipo puede tomar activamente estas estrategias positivas en la realización de la próxima Lista.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS y OTRAS LECTURAS

1. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR, et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *Lancet*. 2008;372(9633):139-44.
 2. de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2008; 17(3):216-23.
 3. National Reporting and Learning System. [cited 2015 21st July]. Available from: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/quarterly-data-summaries/?entryid45=135410>
 4. Organization WHO. WHO guidelines for safe surgery: safe surgery saves lives 2009 [cited 2015 21st July]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/9789241598552/en/.
 5. Organization WHO. World alliance for patient safety: Implementation manual surgical safety checklist 2008 [cited 2015 21st July]. First edition: Available from: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/
 6. 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(5):491-9.
 7. Centre for Geographic Analysis HU. Patient Safety: Surgical Safety Web Map 2014 [cited 2015 21st July]. Available from: http://maps.cga.harvard.edu/surgical_safety/
 8. Agency NPSA. WHO Surgical Safety Checklist 2009 [cited 2015 21st July]. Available from: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59860>
 9. Agency NPSA. 'How to Guide' Five Steps to Safer Surgery 2010 [cited 2015 25th July]. Available from: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=93286>
 10. Tang R, Ranmuthugala G, Cunningham F. Surgical safety checklists: a review. *ANZ J Surg*. 2014; 84(3):148-54.
 11. Aveling EL, McCulloch P, Dixon-Woods M. A qualitative study comparing experiences of the surgical safety checklist in hospitals in high-income and low-income countries. *BMJ Open*. 2013; 3 (8):e003039.
 12. Conley DM, Singer SJ, Edmondson L, Berry WR, Gawande AA. Effective surgical safety checklist implementation. *J Am Coll Surg*. 2011; 212(5):873-9.
 13. Merry AF, Cooper JB, Soyannwo O, Wilson IH, Eichhorn JH. International Standards for a Safe Practice of Anesthesia 2010. *Can J Anaesth*. 2010; 57(11):1027-34.
 14. Quality Improvement in Anaesthesia: Royal College of Anaesthetists; 2012 [cited 2015 3rd September] Available from: <https://www.rcoa.ac.uk/content/search?cx=009352006448159467736%3Adf2oiyfgfg8q&cof=FORID%3A11&ie=IS08859-1&query=quality+improvement+in+anaesthesia>
- Para leer el artículo en inglés: http://www.wfsahq.org/components/com_virtual_library/media/44cbdf2323955ae82f749dc47bee030e-325-WHO-Surgical-Safety-Checklist.pdf