



FORMACIÓN MÉDICA

Check-List del Paciente Crítico

Fernández García R.

Hospital Universitario de Móstoles, Madrid.

Resumen

La falta de seguridad del paciente es un problema de salud pública a nivel mundial que afecta todos los países independientemente de su nivel de desarrollo. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (World Alliance for Patient Safety) promueve esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La Anestesiología comparte responsabilidades para la calidad y la seguridad en Anestesia, Cuidados Intensivos, Medicina de Urgencias y Medicina del Dolor, incluido todo el proceso perioperatorio, así como en muchas otras situaciones dentro y fuera del hospital en las que los pacientes son más vulnerables. Todas las instituciones deberían apoyar la “Safe Surgery Lives Initiative” (“Iniciativa la Cirugía Segura Salva Vidas”) de la OMS y su lista de verificación (check-list del paciente quirúrgico).

Introducción

La falta de seguridad del paciente es un problema de salud pública a nivel mundial que afecta todos los países independientemente de su nivel de desarrollo. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (*World Alliance for Patient Safety*) promueve esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La **Anestesiología** comparte responsabilidades para la calidad y la seguridad en Anestesia, Cuidados Intensivos, Medicina de Urgencias y Medicina del Dolor, incluido todo el proceso perioperatorio, así como en muchas otras situaciones dentro y fuera del hospital en las que los pacientes son más vulnerables. Todas las instituciones deberían apoyar la “*Safe Surgery Lives Initiative*” (“*Iniciativa la Cirugía*

Segura Salva Vidas”) de la OMS y su lista de verificación (check-list del paciente quirúrgico ¹).



El problema cobra vital importancia en las unidades especializadas, bien sea en la Unidad de Reanimación o en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) tanto por la complejidad de los enfermos que atiende (enfermos críticos), como por el importante número de recursos humanos y materiales que utiliza. La gestión de estas unidades para obtener unos resultados óptimos es objeto de análisis frecuentes, destacando la importancia

que tiene la organización del trabajo en equipo diario, en el rendimiento asistencial y económico. El ritmo de trabajo², la necesidad permanente de atención, la complejidad de los enfermos críticos y el gran número de personal sanitario que trabaja en estas unidades, condicionan varios puntos de gran interés:



1º.- Alta incidencia de errores (médicos y de enfermería).

2º.- Gran variabilidad en la práctica clínica (inherente a nuestra actividad médica).

3º.- Dificultad para establecer cauces de comunicación adecuados entre todo el personal sanitario implicado.

Pronovost y colaboradores³ demuestran que la solución de estos aspectos se traduce en una mejora de los resultados clínicos (mejoría de la morbimortalidad) y de gestión (menores costes económicos). Con el objetivo de disminuir la variabilidad señalada, y con ello los errores inducidos, se han propuesto varias medidas⁴:

1º.- Protocolos: evitan la variabilidad en los tratamientos y se convierten en herramienta de ayuda indispensable en el cuidado de estos pacientes, tanto para el facultativo como para el enfermero/a.

2º.- Pases de visita a "pie de cama" ("rounds"): mejoran la

comunicación de la información y fomentan el trabajo en equipo.

3º.- Listados de verificaciones (check-list del paciente crítico): en las unidades especializadas son numerosos los parámetros a revisar por lo que, para mejorar la atención de nuestros enfermos el Dr. Vincent⁵ propone 7 aspectos del tratamiento global que han demostrado una repercusión importante en los cuidados de nuestros pacientes críticos ("*Da a tu paciente un abrazo rápido, **FUST HUG**, por lo menos una vez al día*"):

Cada centro debería adecuar la regla nemotécnica del Dr. Vincent en función de sus circunstancias, tal y como lo demuestran los del [Hospital de Basurto](#)². En nuestro hospital, seguimos la regla mnemotécnica de las "[EMPANADILLAS](#)":



- Elevación del cabecero.
- Microbiología (batería de cultivos semanales).
- Profilaxis tromboembólica.
- Analgesia.
- Nutrición (Enteral/Parenteral).
- Anti-H₂ (prevención úlcera de estrés).
- Dextrostix (Glucemia).

- Insulina según dextrostix.
- Lavado de manos antes/después de examinar al paciente.
- Lectura bibliográfica / revisión casos/etc. (la Alianza hace especial hincapié en fomentar la investigación como uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria).
- Antibioterapia (profiláctica/terapéutica).
- Sedación.

Además, todos los departamentos de Anestesiología de Europa⁶ deberían ser capaces de:

- Elaborar un informe anual de las medidas tomadas y los resultados obtenidos en la mejora de la seguridad del paciente a nivel local.
- Recoger los datos requeridos para ser capaces de producir un informe anual sobre la morbilidad y mortalidad.
- Contribuir a las auditorías de prácticas seguras nacionales y sistemas de comunicación de incidentes críticos, y
- Exigir los suficientes recursos para conseguirlo.

Por ello, surge la iniciativa del proyecto **EuSOS** (*European Surgical Outcomes Study*), un ambicioso estudio internacional de siete días de duración, sobre los cuidados perioperatorios y resultados de pacientes quirúrgicos sometidos a cirugía no cardíaca. Sería deseable que todos nos animásemos a participar para recoger datos y exponer resultados.



Check List del Paciente Crítico - SAR Madrid 2010

Bibliografía

- 1.- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med.* 2009; 360(5):491-499. ([PubMed](#)) ([pdf](#))
- 2.- Gómez JJ, Tardón L, Aguilera L, Rodrigo P. ACTUACION: a mnemonic device in Spanish for improving care in an intensive care unit. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2006; 53(7):453-454. ([PubMed](#))
- 3.- Pronovost PJ, Berenholtz S, Dorman T, Lipsett P, Simmonds T. Improving communication in the ICU using daily goals. *J Crit Care.* 2003; 18(2):71-75. ([PubMed](#))
- 4.- Morris AH. Rational use of computerized protocols in the intensive care unit. *Crit Care* 2001; 5:249-254. ([PubMed](#)) ([pdf](#))
- 5.- Vincent JL. Give your patient a fast hug (at least) once a day. *Crit Care Med* 2005; 33(6):1225-1258. ([PubMed](#))
- 6.- Mellin-Olsen J, Pelosi P, Van Aken H. Helsinki declaration on patient safety in anesthesiology. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2010; 57(9):594-595. ([PubMed](#))

Correspondencia al autor

Raquel Fernández García
autor@anestesiario.org
 Servicio de anestesia y Reanimación
 Hospital Universitario de Móstoles, Madrid.

[Publicado en AnestesiaR el 16 de febrero de 2011](#)