



LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULO

Se puede reducir la mortalidad postoperatoria con un simple Checklist

Artículo original: Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med. 2009 Jan 29;360(5):491-9. ([PDF en NEJM](#))

Arnal D.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

Resumen

Se ha estimado que la incidencia de muerte y complicaciones mayores intrahospitalaria en el perioperatorio en los países industrializados es del 0,4-0,8 y 3-17% respectivamente. Estas cifras podrían ser mayores en los países en desarrollo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en el 2008 unas guías con prácticas recomendadas para asegurar la seguridad de los pacientes quirúrgicos.

Introducción

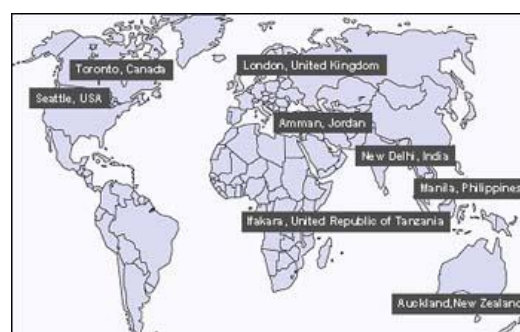
Se ha estimado que la incidencia de muerte y complicaciones mayores intrahospitalaria en el perioperatorio en los países industrializados es del 0,4-0,8 y 3-17% respectivamente. Estas cifras podrían ser mayores en los países en desarrollo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en el 2008 unas guías con prácticas recomendadas para asegurar la seguridad de los pacientes quirúrgicos.

Resumen

Con el soporte de la OMS, eligieron 8 hospitales distribuidos por todo el mundo con diferencias marcadas en cuanto a entorno socioeconómico. Cada hospital identificó entre 1 y 4 quirófanos que sirvieron de salas de estudio. El objetivo, detectar reducciones en complicaciones mayores tras la introducción del checklist de la OMS.

Intentaron enrolar 500 pacientes

consecutivos antes y después de la implementación del checklist durante un periodo de entre 3 y 6 meses. Hicieron un seguimiento de 30 días tras cirugía en el hospital registrando complicaciones mayores o muerte. Cada hospital recibió información acerca de las deficiencias detectadas y se les solicitó implementar los 19 ítems del checklist de la OMS:



Antes de la inducción anestésica (enfermera y anestesista):

1. Verificar identidad paciente
2. Pulsioximetría funcional*
3. Conocimiento de alergias
4. Evaluación de vía aérea y riesgo de

aspiración*

5. Acceso venoso apropiado si sangrado estimado >500ml.*

Antes de incisión (todo el equipo, incluido cirujano)

1. Presentación de miembros equipo
2. Confirmación identidad paciente, lugar de cirugía y procedimiento*
3. Anticipación de eventos críticos
4. Cirujano: etapas, duración, sangrado estimado
5. Anestesiólogo: revisión de riesgos
6. Enfermera: confirmación de material
7. Confirmación de antibioterapia profiláctica*
8. Imágenes presentes en quirófano

Antes de salida de quirófano (enfermera con el resto de equipo)

Enfermera revisa:

1. Nombre de procedimiento realizado
2. Contaje completo
3. Muestras etiquetadas
4. Revisión de equipamiento
2. Enfermera, cirujano y anestesiólogo revisan riesgos postoperatorios.

Tardaron entre una semana y un mes en implementar el check list. Evaluaron la adherencia a la intervención con un subgrupo de seis de las medidas (*).

Resultados: Enrolaron 3733 y 3955 pacientes durante el periodo basal y postintervención respectivamente. Las complicaciones bajaron del 11 al 7 %. Las muertes del 1,8 al 0,8%. Los resultados se mantenían en los casos en los que el investigador no estaba físicamente en quirófano y en los hospitales de alto o bajo nivel de ingresos (aunque el efecto fue mayor en los de bajos ingresos). La adherencia a los ítems medidos del checklist subió del 34,2 al 56,7%. Conclusión: La aplicación de este checklist puede reducir un gran número

de muertes y complicaciones mayores en el perioperatorio.

Comentario

Dramáticos resultados que, de confirmarse, deberían resultar en la implantación obligatoria de ésta lista de comprobación en nuestros quirófanos. Merecería la pena estudiar qué medidas son las que realmente han podido tener impacto, para potenciarlas e incorporar otras relacionadas, y cuales son más superfluas, para simplificar al máximo la lista y favorecer su cumplimiento. Con toda probabilidad, la introducción del checklist, que hace poco más que establecer un marco obligatorio de comunicación entre los estamentos y especialidades implicadas directamente en una cirugía, tendría efectos colaterales beneficiosos para el resto de la organización de un hospital, al extender la cultura de seguridad más allá de las paredes del quirófano. Queda por determinar hasta qué punto parte de la mejora pudiera estar afectada por el conocimiento de los equipos de que eran observados (Hawthorne effect) y hasta qué punto los resultados de esta intervención puntual (medidas formativas limitadas a 1-4 semanas) se mantienen en el tiempo. Sería ingenuo afirmar que una medida aislada y sin una adecuada continuidad en el tiempo podría mantener los efectos mucho más allá del periodo del estudio. La mejora en la seguridad asistencial implica ir creando con el tiempo una adecuada cultura en la organización mediante iniciativas como la presentada en este estudio acompañadas de para medir y corregir los fallos del sistema.





<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/index.html>

<https://www.sensar.org>

Correspondencia al autor

Daniel Arnal Velasco
darnal@anestesiario.org
Médico adjunto. Unidad de Anestesia y Reanimación
Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

[Publicado en AnestesiaR el 9 de febrero de 2009](#)