

## Lista de verificación, protocolo universal, tiempo fuera. ¿Qué sigue?

*Dra. Lilia Cote Estrada*

A partir del reporte "Error es humano" (1999) se deja al descubierto la alta incidencia de eventos adversos durante la atención médica, ante estos resultados no es posible pasar desapercibido que un porcentaje importante de casi el 50%, se producen durante tratamientos invasivos, especialmente quirúrgicos.

Las intervenciones quirúrgicas representan una terapéutica indispensable de la asistencia médica actual, cuyo crecimiento está relacionado al incremento de los traumatismos, enfermedades oncológicas y cardiovasculares entre otras. Para tener un marco de referencia de la demanda de pacientes quirúrgicos, basta comentar que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor, lo que equivale a una operación por cada 25 personas.

Al relacionar estas cifras con la tasa de mortalidad y morbilidad en cirugía, que aun en países desarrollados es de .4-.8% y 3-17% respectivamente, es posible identificar un número importante de pacientes quirúrgicos con resultados adversos.<sup>1</sup>

Los servicios quirúrgicos están repartidos de manera inequitativa, pues el 75% de las operaciones de cirugía mayor se concentran en un 30% de la población mundial. A pesar del costo-eficacia que puede tener la cirugía en cuanto al restablecimiento de la salud o incluso el preservar la vida se ve afectado ante la falta de acceso a una atención quirúrgica de calidad y constituye un grave problema a nivel global.<sup>2</sup>

La cirugía en ocasiones es la única opción para curar una enfermedad, paliar la sintomatología o reducir la mortalidad, pese a todas las bondades que ofrece esta terapéutica, siempre existen riesgos, los cuales se deben evitar o minimizar.

Una de las prioridades en la atención quirúrgica está centrada en la seguridad del paciente, ya que la falta de medidas con este propósito puede provocar daños considerables, lo cual tiene repercusiones importantes no sólo a nivel individual, grave per se, sino también en la salud pública, por la afectación en la credibilidad de los profesionales de la salud y por la problemática financiera que genera.

Entre los cinco datos relevantes sobre la seguridad del paciente destacan:

1. Hasta un 25% de los pacientes quirúrgicos hospitalizados sufren complicaciones postoperatorias.
2. La tasa bruta de mortalidad registrada tras la cirugía mayor es del 0.5–5%.
3. En los países industrializados, casi la mitad de los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con la atención quirúrgica.
4. El daño ocasionado por la cirugía se considera evitable al menos en la mitad de los casos.
5. Los principios reconocidos de seguridad de la cirugía se aplican de forma irregular, incluso en los entornos más avanzados.

Es trascendental identificar en lo general los eventos adversos en cirugía, y sobre todo reconocer que existen esfuerzos continuos para conocer a profundidad este problema. De una revisión de 427 reportes, 253 estuvieron relacionadas con cuasi errores, 174 con errores al inicio de la cirugía, 34 con el paciente incorrecto, 39 con el procedimiento incorrecto y 298 con la cirugía en el lado incorrecto.<sup>3</sup>

Aunque siempre se ha considerado poco frecuente la cirugía equívoca, por error en el paciente, sitio quirúrgico y procedimiento, es más común de lo que se pudiera apreciarse. En una revisión obtenida de varias fuentes (National Practitioner Data Bank y closed claims database for wrong site procedures) se detectó cirugía en sitio incorrecto entre 1,300 a 2,700 casos al año en Estados Unidos, lo que representa 5 a 10 veces mayor de lo considerado como aceptable por los estándares de Six Sigma en la industria de la manufactura.<sup>4</sup>

En los registros de Joint Commission sobre eventos centinela relacionados a cirugía en sitio incorrecto, ocupa el primer lugar con 921 casos (13.3%).<sup>5</sup>

Es claro que esta circunstancia se presenta en las diferentes especialidades quirúrgicas. En una encuesta realizada a neurocirujanos, de 138 reportes el 25% admitieron realizar incisión en sitio incorrecto durante su carrera, cabe destacar que el 35% tenía más de 5 años de experiencia.<sup>6</sup> En la cirugía del lado incorrecto prevalece en forma considerable (30%) cuando los procedimientos se realizan en las extremidades.

La cirugía equívoca con sus variantes, identificación inadecuada del paciente, procedimiento, lado y parte in-

Asesor Médico, Unidad de Atención Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social.  
Durango 289 1er piso. Tel: directo: 5286-2035 conm.5726-1700 ext. 14050  
E-mail: liliacote@hotmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>

correcta debe ser eliminada por completo, sobre todo si se utilizan medidas de seguridad. Es un hecho que en la medida que el paciente participe de manera activa se evitará sustancialmente esta situación. Ante la posibilidad de eliminar por completo esta equivocación se ha propuesto en que los hospitales se adhieran a una cultura de "Cero tolerancia" para favorecer la seguridad del paciente quirúrgico.<sup>7</sup>

A finales del siglo pasado, el estigma relacionado con los eventos adversos se focalizaban en considerar que el responsable era el profesional que ejecutaba la acción, posterior a esto ha prevalecido el Modelo del queso suizo de Reason el cual postula que a pesar de que el error se materializa por el ejecutante, éste es producto de la falla del sistema, desde el aspecto organizacional hasta la falta de trabajo en equipo; ya que es el resultado de una concatenación de eventos en la que intervienen las autoridades médicas hospitalarias con los procesos de supervisión, las administrativas con disponibilidad de recursos, la participación de todos los profesionales de la salud e incluso el propio paciente.<sup>8</sup>

Publicaciones recientes, muestran una óptica diferente, en una encuesta realizada a 7,905 miembros del American College of Surgeons, la autoevaluación de 700 cirujanos (8.9%) el 70% reconocieron haber realizado un error médico mayor en los últimos meses, consideran que el origen es individual antes que del sistema, relacionados con los factores señalados en el siguiente cuadro:<sup>9</sup>

Causa	Porcentaje
Falla de juicio	31.8
Relativo al sistema	15.1
Estrés/burnout	13.0
Falla de concentración	13.0
Fatiga	6.9
Falta de conocimiento	4.5
Otros	15.7

Esto deja de manifiesto que tanto el trabajo individual como el de la organización tiene que ser intensivo para reducir al máximo los eventos adversos.

Otro aspecto por demás importante y el cual se ha revisado con gran énfasis en últimas fechas es el proceso de comunicación entre los integrantes del equipo quirúrgico, ya que está demostrado que la adecuada información, interpretación y comprensión de ésta, mejora los resultados en la seguridad del paciente.<sup>10,11</sup>

Cuando existe falla, involucra también a los médicos en formación, así, la comunicación inadecuada entre los residentes de cirugía y los médicos tratantes en el pre y postoperatorio es un factor importante en el daño al paciente.

Para corregir esta situación se han identificado algunos puntos recomendables:

- Los cirujanos responsables deben informar el estado del paciente y los cambios significativos.
- Comunicar diariamente a los residentes el manejo del paciente.

- Los pacientes admitidos en los servicios de cirugía deben ser valorados diariamente o las veces que sea necesario por el médico adscrito.<sup>12</sup>

Dado que la comunicación es uno de los elementos principales en la génesis de los eventos adversos, Joint Commission International ha diseñado Estandartes de comunicación centrados en el paciente; lo cual permite que estas acciones sean sistematizadas y promuevan las buenas prácticas, después de identificar y corregir las múltiples desconexiones que existen en el proceso de la atención médica.<sup>13,14</sup>

Indiscutiblemente el foco de nuestra atención es el paciente, sin embargo, cuando existen eventos adversos con consecuencias graves, además de él, existe una segunda víctima. En un estudio realizado en más de 3,000 médicos de varias especialidades (médicos internistas, pediatras, familiares y cirujanos) mostró que después de verse involucrados en un error médico, en el 61% habían incrementado su angustia ante la posibilidad de cometer futuros errores, 44% perdido la confianza, 42% reportan dificultades del sueño, y en 42% de ellos se ha reducido la satisfacción en su trabajo.

Otro estudio señala que las complicaciones no afectan la capacidad profesional en el 77.2%, mientras que el 12.2% sí tiene alteraciones en el desempeño de su trabajo, de este último grupo, se presenta dificultad de concentración, deterioro en el juicio clínico, pérdida de la confianza, problemas de sueño y dificultad para divertirse. Adicionalmente el 2% evitan realizar procedimientos como resultado de las complicaciones, y para mitigar el nivel de estrés y contener los efectos emocionales, el 6% realizan alguna actividad deportiva, mientras que el 6.5% lo hacen a través del abuso del alcohol u otras sustancias.<sup>15</sup>

Para obtener los mejores resultados en el terreno de la seguridad del paciente, es necesario intervenir en los siguientes aspectos: transitar hacia una cultura de la seguridad a través de la concientización con todo el personal de la salud, incluyendo pacientes y familiares; realizar un monitoreo permanente de eventos adversos, a través de un sistema de registro adecuado, con la finalidad de identificar los eventos adversos, analizar las causas y reducirlos al máximo, siempre con un enfoque sistémico.

En octubre de 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en respuesta a la Resolución 55.18 de la Asamblea Mundial de la Salud, en la que se exhortaba a la OMS y a los estados miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad de los pacientes. La Alianza promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención, y apoya a los Estados Miembros en la formulación de políticas y prácticas para la seguridad de los pacientes. Cada año la Alianza organiza programas que tratan aspectos sistémicos y técnicos para mejorar la seguridad de los pacientes en todo el mundo. Un elemento fundamental del trabajo de la Alianza es la formulación de Retos Mundiales.

- 1°. Reto Atención limpia, atención segura.
- 2°. Reto Cirugía Segura, Salva Vidas, próximo a difundirse durante el 2011.
- 3°. Reto Combate a la resistencia antimicrobiana.

Cirugía segura, salva vidas, forma parte de los esfuerzos por reducir el número de muertes de origen quirúrgico, constituye un movimiento que promueve un enfoque integral para mejorar la seguridad en cirugía. Con este propósito se han definido un conjunto básico de normas de seguridad, dentro de las cuales están incluidas cuatro áreas con las cuales se podrían realizar grandes progresos en materia de seguridad de la atención quirúrgica: prevención de las infecciones de la herida quirúrgica, seguridad de la anestesia, seguridad de los equipos quirúrgicos y medición de los servicios quirúrgicos, a partir de las siguientes líneas de acción:

- Proporcionar información a médicos, administradores de hospitales y funcionarios de salud pública sobre la importancia y las pautas de la seguridad de la cirugía en el ámbito de la salud pública.
- Definir un conjunto mínimo de medidas uniformes (“estadísticas vitales quirúrgicas”) para la vigilancia nacional e internacional de la atención quirúrgica.
- Identificar un conjunto sencillo de normas de seguridad de la cirugía que puedan aplicarse en todos los países y entornos y se recojan en una lista de verificación que se utilice en los quirófanos.
- Evaluar y difundir la lista de verificación y las medidas de vigilancia.<sup>16</sup>

Reconocer y dimensionar los efectos que los eventos adversos en el paciente quirúrgico han hecho posible diseñar estrategias dirigidas a reducir al máximo los riesgos. Estas medidas de manera inicial están enfocadas a la implantación de los siguientes instrumentos: el protocolo universal y la lista de verificación.

Protocolo universal es un estándar de calidad que la Joint Commission International difundió en el 2002, apoyo indispensable para prevenir eventos adversos en cirugía.

El diseño de este protocolo asegura la identificación del paciente, procedimiento correcto y sitio correcto, con los tres componentes:

- Verificación del proceso antes de la cirugía
- Marcado quirúrgico
- Tiempo fuera “time out”, inmediatamente antes de empezar la cirugía.

Las dos primeras se realizan en el cuarto del paciente o en el área de preparación de cirugía en la que el paciente debe tener una participación activa, ésta es clave en la reducción de riesgos y eventos adversos. La última es inmediatamente antes de iniciar la cirugía.

El protocolo universal tiene limitaciones, sobre todo si el equipo quirúrgico lo realiza de forma mecánica sin analizar y profundizar en cada caso, o si el marcado es incorrecto.

Por otro lado, también debe tomarse en cuenta que entre el 20 y 30% del origen del error en el sitio quirúrgico está antes del ingreso del paciente al hospital, esto debido a un mal registro en las notas médicas, en la inadecuada identificación de radiografías u otros estudios diagnósticos o en el registro de la carta de consentimiento bajo información, circunstancias que confirman que la atención de un paciente es un proceso integral, de ahí la importancia de verificar el proceso antes de la cirugía.

Respecto al marcado quirúrgico, existen ciertas recomendaciones que permitirán otorgar mayor validez a esta acción:

- Evitar el marcado con “X”, puede producir confusión.
- Realizar con tinta indeleble, en caso contrario, el marcado desaparecerá o cambiará de sitio con el movimiento del paciente o fricción entre las extremidades.
- Realizarlo en el sitio correcto por el cirujano tratante, de preferencia con sus iniciales.
- Realizar antes de entrar a la sala de operaciones para contar con la participación activa del paciente.

También es sustancial conocer las posibles contraindicaciones:

- En prematuros por el riesgo de que el tatuaje sea permanente.
- En superficies mucosas o dientes y
- En caso de rechazo por parte del paciente.

El tiempo fuera es la última parte del protocolo universal, es la pausa quirúrgica, se realiza en la sala de operaciones inmediatamente antes de iniciar la cirugía, en éste se recapitula la identificación del paciente, el sitio de la cirugía y la planeación del procedimiento.

Unas de las recomendaciones para que sea exitoso son:

- a) Puede ser realizado por cualquier miembro del equipo quirúrgico, pero es preferible nombrar a alguien específico,
- b) Idealmente debe participar el paciente cuando aún está despierto,
- c) Estandarizarse en cada institución,
- d) Deben participar todos los miembros del equipo quirúrgico,
- e) En el momento de realizarlo se suspenderá cualquier otra actividad para concentrar la atención en esta actividad y
- f) Se debe repetir intraoperatoriamente si se realiza algún procedimiento adicional en el mismo paciente<sup>17,18</sup>

La lista de verificación es un instrumento validado en la industria de la aviación con excelentes resultados, permite analizar los puntos críticos desde antes de iniciar la intervención quirúrgica por todo el equipo quirúrgico. Esta herramienta sigue siendo una forma rápida de corroborar los puntos centrales del procedimiento quirúrgico, además de reducir significativamente los riesgos.

Los objetivos que persigue todo equipo quirúrgico en los diferentes momentos dentro de la sala de operaciones se condensaron en una lista de verificación utilizando los puntos clave para cerciorarse de que se cumplen las normas de seguridad, esta herramienta permite en unos cuantos minutos subsanar alguna situación que pudiera haberse pasado por alto.

Está construida en tres fases, confirmando los datos más importantes al ingreso del paciente a la sala de operaciones, en la pausa quirúrgica y a la salida, las cuales cubren los objetivos esenciales.<sup>19,20</sup>

La demostración objetiva de los beneficios que se obtienen con la implementación de la lista de verificación son claros, ya que la utilización de este instrumento ha reducido de manera importante la morbi-mortalidad, las complicaciones de 11 a 7.0%, reintervenciones de 2.4 a 1.8% y la mortalidad de 1.5 a .8% (P = 003).

Se ha revisado la frecuencia y las repercusiones de los eventos adversos, situación que condicionó el diseño y adecuación de herramientas utilizadas en otras industrias, las cuales han demostrado beneficio considerable; ahora en el terreno quirúrgico, también ha sido posible identificar los resultados de su uso. Qué sigue? Continuar construyendo el aseguramiento del paciente quirúrgico con la total adhesión e implementación de todas las barreras que reduzcan los riesgos y los eventos adversos. La participación conjunta y corresponsable de los pacientes y profesionales de la salud y la sistematización de todas las medidas, con plena conciencia y profesionalismo conducirán a una mejor práctica médica.

## Referencias

- Grande L. Mejorar la seguridad en el quirófano reduce la mortalidad hospitalaria. *Cir Esp* 2009; 86: 329-330.
- World Alliance for patient safety. Summary of the evidence on patient safety: Implications for research. *WHO* 2008.
- Clarke JR, Johnson J, Finley ED. Getting surgery right. *Ann Surg* 2007; 246: 395-405.
- Seiden SC, Barach P. Wrong-side/Wrong site, Wrong-Procedure, and Wrong-Patient Adverse Events. *Arch Surg* 2006; 141: 931-939.
- <http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/377FF7E7-F565-4D61-9FD2-593CA688135B/0/Statwithallfieldshiden30June2010.pdf>
- Jhawar BS, Mitsis D, Duggal N. Wrong-sided and wrong-level neurosurgery: a national survey. *J Neurosurg Spine* 2007; 7: 467-472.
- Chang A, Schyve PM, Croteau RJ, O'leary DS. The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. *International Journal for Quality in Health Care* 2005; 17: 95-105.
- [http://www.portalcecovia.es/es/grupos/biologicos/pacientes/alianza\\_mundial\\_seguridad\\_paciente.pdf](http://www.portalcecovia.es/es/grupos/biologicos/pacientes/alianza_mundial_seguridad_paciente.pdf).3 agosto 2010.
- Frush KS. Fundamentals of a patient safety program. *Pediatr Radiol* 2008; 38: 685-689.
- Chpole K, Mishra A, Handa A, et al. Teamwork and error in operating room. Analysis of skills and roles. *Ann Surg* 2008; 247: 699-706.
- Mazzoco K, Petitti DB, Fong KT, Brookey J, et al. Surgical team behaviors and patient outcome. *Am J Surg* 2009; 197: 678-85.
- Elbardissi AW, Regenbogen SE, Greenberg CC, Berry W, et al. Communication practices on 4 Harvard Surgical services. *Ann Surg* 2009; 250: 861-865.
- Kreckler S, Cachpole KR, New Stephen J, Handa A, et al. Quality and safety on an Acute surgical ward. An exploratory cohort study of process and outcome. *Ann Surg* 2009; 250: 1035-1040.
- <http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/87C00B33-FCD0-4D37-A4EB-21791FB3969C/0/ARoadmapforHospital-sfinalversion727.pdf>
- Patel AM, Ingalls NK, Mansour A, Sherman S, et al. Collateral damage: The effect of patient complications on the surgeon's psyche. *Surg* 2010; 148: 824-830.
- Chpole K, Mishra A, Handa A, et al. Teamwork and error in operating room. Analysis of skills and roles. *Ann Surg* 2008; 247: 699-706.
- Mazzoco K, Petitti DB, Fong KT, Brookey J, et al. Surgical team behaviors and patient outcome. *Am J Surg* 2009; 197: 678-85.
- Elbardissi AW, Regenbogen SE, Greenberg CC, Berry W, et al. Communication practices on 4 Harvard surgical services. *Ann Surg* 2009; 250: 861-865.
- Kreckler S, Cachpole KR, New Stephen J, Handa A, et al. Quality and safety on an Acute surgical ward. An exploratory cohort study of process and outcome. *Ann Surg* 2009; 250: 1035-1040.
- <http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/87C00B33-FCD0-4D37-A4EB-21791FB3969C/0/ARoadmapforHospital-sfinalversion727.pdf>
- Patel AM, Ingalls NK, Mansour A, Sherman S, et al. Collateral damage: The effect of patient complications on the surgeon's psyche. *Surg* 2010; 148: 824-830.