



EDITORIAL

Del *check list* a la cirugía segura

From the check list to safe surgery

Víctor Soria Aledo^{a,*} y Miguel Ruiz Marín^b



^a Servicio de Cirugía General, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

^b Servicio de Cirugía General, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

Recibido el 22 de octubre de 2019; aceptado el 25 de octubre de 2019

Disponible en Internet el 17 de noviembre de 2019

La cirugía representa uno de los pilares básicos del tratamiento médico en todo el mundo, y así cada año se realizan más de 312 millones de intervenciones¹, cifra que se ha incrementado en un 33,6% desde la última estimación en 2008². Aunque se han hecho muchos avances en las últimas décadas, la cirugía expone a los pacientes a un riesgo no despreciable de morbilidad y mortalidad. La mortalidad global en la cirugía de urgencia es del 5,4% a los 30 días de la intervención³, mientras que la tasa global de complicaciones tras la intervención quirúrgica oscila entre el 26,9% en cirugía torácica a un 42,4% en cirugía vascular⁴.

Estos eventos adversos no son banales y casi la mitad de ellos están producidos por errores o situaciones prevenibles tales como fallos en la identificación del paciente, el procedimiento o la localización del sitio quirúrgico, problemas con el equipamiento de anestesia, falta del material quirúrgico o uso de equipamiento no estéril, pérdidas de sangre superiores a las previstas o cierre de la herida quirúrgica sin haber retirado todo el material quirúrgico. Estos hechos pusieron de manifiesto la necesidad de aplicar medidas orientadas a la prevención, entre las que cabe destacar por su repercusión el listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVQ) propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2008; la contundente reducción en mortalidad y morbilidad tras un año de utilización en diferentes contextos ayudó

enormemente a su difusión⁵. Los estudios de efectividad del LVQ han seguido mostrando, en su mayor parte, un beneficio cuando se utiliza adecuadamente⁶ demostrando incluso mayor efectividad cuando su utilización se extiende a las intervenciones urgentes⁷.

Además, a pesar de las dificultades para la implementación de esta medida, se ha comprobado que la ausencia de la lista de verificación en sí misma es un factor independiente que aumenta la tasa de eventos quirúrgicos adversos⁸. Sin embargo, el mecanismo por el cual la utilización del LVQ es capaz de reducir las tasas de morbilidad y mortalidad no están claros. Informes recientes han puesto de relieve las dificultades de los LVQ, como la implementación y el cumplimiento inconsistentes⁹.

Se ha sugerido que, en una era de creciente complejidad de la atención, parece que la utilización del LVQ puede servir como medio para mejorar el trabajo en equipo y la comunicación y por ende a mejorar los resultados de la cirugía. Por tanto, parece que la simple implantación de *check list* no garantiza los resultados beneficiosos publicados ya que requiere la participación y colaboración de todo el equipo quirúrgico, así como una adecuada comunicación entre los profesionales del quirófano. Así en algunos hospitales se constató la sobre-cumplimentación del LVQ, cumplimentando ítems de seguridad que no se habían llevado a cabo¹⁰. Este hecho puede provocar una falsa sensación de seguridad al creer los profesionales que se están llevando a cabo las medidas necesarias para evitar cometer errores de seguridad en quirófano.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: victoriano.soria@carm.es (V. Soria Aledo).

Podemos afirmar que sin una adecuada cultura de seguridad y una comunicación fluida en el quirófano la implantación del *check list* está abocada al fracaso como así ha ocurrido en un buen número de hospitales. Varios estudios han analizado las barreras para la implementación y cumplimiento de los listados de verificación quirúrgica, concluyendo que la falta de comunicación efectiva, el uso inadecuado del listado y el efecto de la jerarquía dentro del quirófano han sido identificados como factores que influyen negativamente en la implantación efectiva de los listados¹¹.

En industrias de alto riesgo como la aviación civil, la industria nuclear o la explotación petrolífera en altamar se han desarrollado con éxito capacitaciones en habilidades no técnicas para mejorar la comunicación del equipo y reducir al mínimo los errores humanos. Así, el modelo de gestión de recursos de la tripulación (CRM, por sus siglas en inglés) ha sido adaptado para evaluar y capacitar a los equipos quirúrgico en habilidades no técnicas¹² que complementan las habilidades técnicas y el conocimiento de los profesionales del equipo quirúrgico.

La seguridad del paciente en cirugía es un problema de salud pública y los profesionales de la salud, especialmente los que desarrollamos nuestra labor en el bloque quirúrgico, debemos tener conciencia de la magnitud de este problema. Muchos efectos adversos en el ámbito quirúrgico son evitables. El LVQ es una condición necesaria pero no suficiente; su adecuada utilización en un equipo quirúrgico bien compensado garantiza que se reduzcan los eventos adversos evitables. Otras medidas que han demostrado una reducción de complicaciones, aunque no incluidas en el LVQ son la adecuada profilaxis tromboembólica o la prevención de errores de medicación ambas con altos niveles de evidencia que han sido contempladas en la iniciativa cirugía segura (www.cirugiasegura.es) promovida por el Ministerio de Sanidad y la Asociación Española de Cirujanos con la colaboración de las sociedades científicas de profesionales del bloque quirúrgico.

Como ya hemos mencionado, el número de intervenciones quirúrgicas en el mundo es alto, y se espera que siga aumentando; por tanto, la preocupación por mejorar la seguridad con que se realizan las intervenciones quirúrgicas debe ser un compromiso de todos los profesionales y especialmente de los que desarrollamos el trabajo en el bloque quirúrgico. El cambio cualitativo en la relación de los profesionales del quirófano es la piedra angular sobre la que

se apoyará cualquier iniciativa que pretenda alcanzar los estándares de seguridad que deseamos.

Bibliografía

1. Weiser TG, Haynes AB, Molina G, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, et al. Estimate of the global volume of surgery in 2012: An assessment supporting improved health outcomes. *Lancet*. 2015;385 Suppl. 2:S11.
2. 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;372:139–44.
3. Bhangu A, Fitzgerald JEF, Fergusson S, Khatri C, Holmer H, Søreide K, et al. Mortality of emergency abdominal surgery in high-, middle- and low-income countries. *Br J Surg*. 2016;103:971–88.
4. Healey MA, Shackford SR, Osler TM, Rogers FB, Burns E. Complications in surgical patients. *Arch Surg*. 2002;137:611–7, discussion 617–618.
5. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, Dellinger EP, et al., Safe Surgery Saves Lives Study Group. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009;360:491–9.
6. Borchard A, Schwappach DLB, Barbir A, Bezzola P. A systematic review of the effectiveness, compliance, and critical factors for implementation of safety checklists in surgery. *Ann Surg*. 2012;256:925–33.
7. Thomas HS, Weiser TG, Drake TM, Knight SR, Fairfield C, Ademuyiwa AO, et al. Pooled analysis of who surgical safety checklist use and mortality after emergency laparotomy. *Br J Surg*. 2019;106:e103–12.
8. Wilson RM, Michel P, Olsen S, Gibberd RW, Vincent C, El-Assady R, et al., WHO Patient Safety EMRO/AFRO Working Group. Patient safety in developing countries: Retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. *BMJ*. 2012;344:e832.
9. Urbach DR, Govindarajan A, Saskin R, Wilton AS, Baxter NN. Introduction of surgical safety checklists in Ontario Canada. *N Engl J Med*. 2014;370:1029–38.
10. Saturno PJ, Soria-Aledo V, da Silva Gama ZA, Lorca-Parra F, Grau-Polan M. Understanding WHO surgical checklist implementation: Tricks and pitfalls An observational study. *World J Surg*. 2014;38:287–95.
11. Tang R, Ranmuthugala G, Cunningham F. Surgical safety checklists: A review. *ANZ J Surg*. 2014;84:148–54.
12. Yule S, Paterson-Brown S. Surgeons' Non-technical Skills. *Surg Clin North Am*. 2012;92:37–50.