



Revista Colombiana de Anestesiología

Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



Editorial

La lista de chequeo: un estándar de cuidado

The Checklist: A standard of care

Luz María Gómez Buitrago*

Anestesióloga, Universidad de Caldas, magister en Epidemiología Clínica; subgerente Asesoría Médica Especializada S.C.A.R.E.

En 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reveló el uso de la lista de chequeo como estrategia de prevención de eventos adversos perioperatorios luego de estudios que respaldaban sus impactantes y significativos resultados en la reducción de la mortalidad del 1,5 al 0,8% ($p=0,003$) en 8 grandes ciudades^{1,2}. Diferentes instituciones gubernamentales, hospitales públicos y privados y sistemas de salud de varios países han promovido campañas para la utilización de esta estrategia dentro de la política *Cirugía Segura Salva Vidas*¹. En 2010, el *European Board of Anesthesiology* (EBA) y la Sociedad Europea de Anestesiología firmaron la Declaración de Helsinki por la Seguridad del Paciente; en esta iniciativa, Europa asume la responsabilidad de trabajar por 4 aspectos fundamentales en torno a la seguridad perioperatoria: 1) *la lista de chequeo*; 2) *la prevención de las infecciones perioperatorias*; 3) *fluidoterapia orientada a objetivos*, y 4) *nutrición perioperatoria*³. En concordancia con esto, la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.) en 2011, durante el congreso europeo de anestesiología, firmó este acuerdo comprometiéndose, como otros países latinoamericanos, a trabajar estas estrategias.

La *Revista Colombiana de Anestesiología* publicó un trabajo realizado en el Hospital General de Medellín⁴, en el que se analiza desde la perspectiva del paciente la lista de chequeo implementada en la institución. La confirmación de la práctica de la misma por el equipo de salud se realizó preguntando a los pacientes en el posoperatorio su recuerdo sobre las preguntas de la lista en las cuales el paciente debió estar involucrado. El estudio muestra datos muy positivos de adherencia del personal a la lista y la sensación de seguridad y confianza en la institución que transmite esta actividad. Como medición

adicional se muestra la reducción de los eventos adversos reportados luego de la implementación de la lista.

Diferentes estudios han sido publicados evidenciando resultados positivos en los eventos adversos perioperatorios al implementar la lista de chequeo^{1,5-9}. Recientemente, Van Klei et al.¹⁰, en un estudio de cohorte con 25.513 pacientes, controlando el sesgo del observador (criticado en el estudio original de Hynes), logró demostrar una importante reducción en la mortalidad de 3,13 a 2,85% a 30 días cuando se hace uso de la lista de verificación completa. Con el ánimo de integrar la evidencia sobre los resultados de la lista de chequeo, Ko et al.⁶ publican en 2011 una revisión sistemática que no logra evidenciar resultados significativos, pero resalta la baja calidad y el alto riesgo de sesgo en varios de los 9 estudios incluidos.

La historia del uso sistemático de la lista de chequeo se desprende de su uso en la aviación en los años treinta cuando se pretendió poner en funcionamiento aviones más complejos; luego de una catástrofe en la que se identificó el error humano como desencadenante, se consideró también que pilotar este nuevo modelo de avión era más difícil que los aviones anteriores. La investigación mostró que el piloto había estado tan ocupado que olvidó activar el mecanismo ligado al timón de cola. Hoy en día las listas de verificación son obligatorias en las industrias más complejas e inclusive en las finanzas¹¹. La historia se lo ha enseñado. Pero ¿por qué es tan difícil persuadir al personal de salud de su importancia cuando gran parte de la evidencia y la historia apuntan hacia ese norte? El ejercicio clínico, en especial en salas de cirugía, se ha caracterizado por la autonomía, la autosuficiencia y el liderazgo de sus más fuertes actores; cada miembro del grupo conduce

* Autor para correspondencia. Cra 15A n.º 120-74, Tel.: (57) 1 6196077 Ext. 4108 Bogotá, Colombia.

Correo electrónico: lm.gomez@scare.org.co

su «nave» de la mejor forma posible y tal vez con un profundo conocimiento en el tema, pero no como integrante de un equipo de alto desempeño y rendimiento. Factor crítico de éxito en la aviación puede ser que un evento catastrófico durante un vuelo implica poner en riesgo la propia vida y la de toda la tripulación. En la práctica clínica el riesgo de enfermar o morir lo asume el paciente. Los profesionales de la salud asumimos el riesgo de entrar a hacer parte de un proceso de responsabilidad médica por mala práctica. Ambas situaciones, juntas o aisladas, son una catástrofe. Los eventos adversos perioperatorios, identificados como prevenibles casi en un 50%¹⁰, además de las desastrosas consecuencias sociales y familiares que conllevan, consumen un importante porcentaje de recursos de los deficientes sistemas de salud¹². Por otro lado, las consecuencias jurídicas derivadas de los actos médicos en los que el «error humano» ha sido evidenciado traen consigo grandes desajustes en la vida profesional y laboral de quienes han tenido que vivir esta dura experiencia.

A pesar de que diferentes estudios, como el publicado recientemente en la *Revista Colombiana de Anestesiología*⁴, han mostrado resultados muy positivos en la seguridad del paciente cuando se implementa la lista de chequeo, esto no es una tarea fácil y requiere, de parte de la institución prestadora de salud y de sus profesionales, liderazgo, trabajo en equipo, flexibilidad y adaptación al cambio. Muchas instituciones reportan actualmente su uso alrededor del mundo¹²; sin embargo, es importante resaltar que para obtener mejores resultados es necesario el uso de la lista de forma completa, rutinaria y dentro de una cultura de seguridad¹⁰. No disponemos de datos de su utilización sistemática en países en vías de desarrollo. El reto es seguir con la implementación en donde no ha sido posible y utilizar todas las herramientas necesarias para el cambio en la cultura de seguridad en las organizaciones. La utilización de estrategias administrativas como el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), estrategias educativas y de coaching, y estrategias motivacionales hacia líderes reconocidos en las instituciones, han ayudado a ir de la teoría a la práctica^{12,13}.

Los entes gubernamentales no han sido ajenos a esta evidencia, y es así como en Colombia la nueva resolución de habilitación 1141 de 2013 del Ministerio de Protección Social define que toda institución que realice procedimientos quirúrgicos, inclusive de baja complejidad, debe contar dentro de sus procesos prioritarios con el de la lista de chequeo. Esta lista debe incluir los 3 momentos propuestos por la OMS en su lista inicial: antes de la inducción, antes de la incisión y antes de que el paciente salga del quirófano.

Disponemos, entonces, de literatura científica que con algún grado de evidencia importante respalda el uso de la lista de verificación o chequeo, de normativas gubernamentales para su uso y de resultados de investigación como los publicados en revistas como la colombiana de anestesiología en la que se evidencia que los pacientes mejoran su percepción de

seguridad y confianza en la institución. ¿Qué nos falta para hacerla parte de nuestra rutina?

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, 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.
- WHO's patient-safety check list for surgery. *Lancet*. 2008;372:1.
- Whitaker DK, Brattebø G, Smith AF, Staender SE. The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology: Putting words into practice. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2011;25:277-90.
- Collazos C, Bermudez L, Quintero A, Quintero LE, Díaz MM. Checklist verification for surgery safety from the patient's perspective. *Rev Colomb Anestesiología*. 2013;41:109-13.
- Askarian M, Kouchak F, Palenik CJ. Effect of surgical safety checklists on postoperative morbidity and mortality rates, Shiraz, Faghih Hospital, a 1-year study. *Qual Manag Health Care*. 2011;20:293-7.
- Ko HC, Turner TJ, Finnigan MA. Systematic review of safety checklists for use by medical care teams in acute hospital settings—limited evidence of effectiveness. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:211.
- Weiser TG, Haynes AB, Dziekan G, Berry WR, Lipsitz SR, Gawande AA, Safe Surgery Saves Lives Investigators and Study Group. Effect of a 19-item surgical safety checklist during urgent operations in a global patient population. *Ann Surg*. 2010;251:976-80.
- Fudickar A, Hörle K, Wiltfang J, Bein B. The effect of the WHO Surgical Safety Check list on complication rate and communication. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2012;109:695-701.
- De Vries EN, Prins HA, Crolla RM, den Outer AJ, van Andel G, van Helden SH, et al., SURPASS Collaborative Group. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *N Engl J Med*. 2010;363:1928-37.
- Van Klei WA, Hoff RG, van Aarnhem EE, Simmermacher RK, Regli LP, Kappen TH, et al. Effects of the introduction of the WHO «Surgical Safety Checklist» on in-hospital mortality. *Ann Surg*. 2012;255:40-9.
- Gawanda A. The checklist manifesto: How to get the things right.
- Walker IA, Reshamwalla S, Wilson IH. Surgical safety checklists. Do they improve outcomes?. *Br J Anaesth*. 2012;109:47-54.
- Mahajan RP. The WHO surgical checklist. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2011;25:161-8.