

CIRUGÍAS SEGURAS A TRAVÉS DE LA VERIFICACIÓN

Los procedimientos en sitios incorrectos (órgano equivocado, lugar equivocado, implante equivocado, persona equivocada), considerados incidencias evitables, son en gran parte resultado de una mala comunicación, de información no disponible o incorrecta. Uno de los principales factores que contribuyen al error es la falta de un procedimiento estandarizado de verificación preoperatorio.

La Solución para la Seguridad propuesta para este tema recoge la experiencia de la Joint Commission (JCAHO) en el desarrollo con un amplio consenso de un "Protocolo Universal" para la prevención de cirugía en sitios incorrectos, y de una alerta similar sobre el sitio quirúrgico correcto de la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA) del Reino Unido.

Las organizaciones sanitarias han de contar con protocolos implementados que:

- Establezcan la verificación previa del paciente, del procedimiento y sitio deseados, y si corresponde, de cualquier implante o prótesis.
- Insten a la persona que realiza el procedimiento a marcar inequívocamente el sitio de la operación, con la participación del paciente, a fin de identificar correctamente el lugar donde se desea hacer la incisión o la inserción.
- Lleven a cabo, antes de comenzar el procedimiento, un periodo de tiempo específico, en el que no se desarrolle ninguna actividad clínica, para que todos los miembros del equipo verifiquen la acción clínica inminente. En ese tiempo ha de establecerse un acuerdo sobre el posicionamiento del paciente en la mesa de operaciones, el procedimiento, el lugar y, si corresponde, cualquier implante o prótesis.

Se insiste también en discutir con el paciente y la familia estos temas durante el proceso de consentimiento informado, y confirmación de las decisiones en el momento de la firma de dicho consentimiento.

Aunque el propósito de la cirugía es salvar vidas, la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables, lo cual tiene repercusiones importantes en la salud pública, dada la ubicuidad de la cirugía

Cinco datos sobre la seguridad de la cirugía

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.

El problema de la seguridad de la cirugía está ampliamente reconocido en todo el mundo. Estudios realizados en países desarrollados confirman la magnitud y omnipresencia del problema. En el mundo en desarrollo, el mal estado de las infraestructuras y del equipo, la irregularidad del suministro y de la calidad de los medicamentos, las deficiencias en la

gestión organizativa y en la lucha contra las infecciones, la deficiente capacidad y formación del personal y la grave escasez de recursos financieros son factores que contribuyen a aumentar las dificultades. Por consiguiente, un movimiento mundial que promueva un enfoque sistémico de la seguridad de la cirugía podría salvar la vida de millones de personas en todo el mundo

Enfoque sistémico para mejorar la seguridad de la cirugía

No existe un remedio único para mejorar la seguridad de la cirugía. Para lograr este objetivo es necesario emprender de forma fiable una serie de medidas imprescindibles en la atención sanitaria, no sólo por parte del cirujano, sino de toda una serie de profesionales que trabajen en equipo dentro de un sistema de salud que los respalde, para beneficio del paciente

El segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente (OMS), La cirugía segura salva vidas, aborda la seguridad de la atención quirúrgica.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente empezó a trabajar en este reto en enero de 2007. El objetivo de este reto es mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo, definiendo para ello un conjunto básico de normas de seguridad que puedan aplicarse en todos los Estados Miembros de la OMS.

- Prevención de las infecciones de la herida quirúrgica:

La infección de la herida quirúrgica sigue siendo una de las causas más frecuentes de complicaciones quirúrgicas graves. Los datos muestran que las medidas de eficacia demostrada, como la profilaxis antibiótica en la hora anterior a la incisión o la esterilización efectiva del instrumental, no se cumplen de manera sistemática. El motivo no suelen ser los costos ni la falta de recursos, sino una mala sistematización. Por ejemplo, la administración perioperatoria de antibióticos se hace tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, pero a menudo demasiado pronto, demasiado tarde o simplemente de forma errática, volviéndola ineficaz para reducir el daño al paciente.

- Seguridad de la anestesia:

Las complicaciones anestésicas siguen siendo una causa importante de muerte operatoria en todo el mundo, a pesar de las normas de seguridad y seguimiento que han reducido significativamente el número de discapacidades y muertes evitables en los países desarrollados. Hace 30 años, el riesgo estimado de muerte de un paciente sometido a anestesia general era de uno en 5000. Con los avances de los conocimientos y las normas básicas de atención, el riesgo se ha reducido a uno en 200 000 en el mundo desarrollado, es decir, un riesgo 40 veces menor. Lamentablemente, la tasa de mortalidad asociada a la anestesia en los países en desarrollo parece ser 100-1000 veces mayor, lo que indica una falta grave y persistente de seguridad de la anestesia en este entorno.

- Equipos quirúrgicos seguros:

El trabajo en equipo es básico para el funcionamiento eficaz de los sistemas en que participan muchas personas. En el quirófano, donde puede haber mucha tensión y hay vidas en juego, el trabajo en equipo es un componente esencial de una práctica segura.

La calidad del trabajo en equipo depende de la cultura del equipo y de su forma de comunicarse, así como de la aptitud clínica de sus miembros y de su apreciación de la situación. La mejora de las características del equipo debería facilitar la comunicación y reducir el daño al paciente.

- Medición de los servicios quirúrgicos:

Un gran problema para la seguridad de la cirugía ha sido la escasez de datos básicos. Los esfuerzos por reducir la mortalidad materna y neonatal durante el parto se han basado fundamentalmente en las tasas de mortalidad registradas mediante la vigilancia sistemática y en los sistemas de atención obstétrica para evaluar los éxitos y los fracasos. Por lo general, no se ha llevado a cabo una vigilancia similar de la atención quirúrgica. Sólo existen datos sobre el volumen quirúrgico de una minoría de países y no están normalizados. Si se quiere que los sistemas de salud públicos garanticen el avance en materia de seguridad de la cirugía debe ponerse en funcionamiento una vigilancia sistemática que permita evaluar y medir los servicios quirúrgicos.

Los cuatro grupos de trabajo definieron diez objetivos esenciales que todo equipo quirúrgico debería alcanzar durante la atención quirúrgica

Esos objetivos se condensaron en una lista de verificación de una página que los profesionales sanitarios podrán utilizar para cerciorarse de que se cumplen las normas de seguridad. Esa lista, denominada Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía aplicará en el marco del segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente cuando se fomente el uso de la Lista de verificación en los quirófanos de todo el mundo.

Diez objetivos esenciales para la seguridad de la cirugía

- Objetivo 1. El equipo operará al paciente correcto en el sitio anatómico correcto.
- Objetivo 2. El equipo utilizará métodos que se sabe que previenen los daños derivados de la administración de la anestesia, al tiempo que protegen al paciente del dolor.
- Objetivo 3. El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida de la función respiratoria o del acceso a la vía aérea, y reconocerá esas situaciones.
- Objetivo 4. El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida considerable de sangre, y reconocerá esas situaciones.
- Objetivo 5. El equipo evitará provocar reacciones alérgicas o reacciones adversas a fármacos que se sabe que suponen un riesgo importante para el paciente.
- Objetivo 6. El equipo utilizará sistemáticamente métodos reconocidos para minimizar el riesgo de infección de la herida quirúrgica.
- Objetivo 7. El equipo evitará dejar accidentalmente gasas o instrumentos en la herida quirúrgica.
- Objetivo 8. El equipo guardará e identificará con precisión todas las muestras quirúrgicas.
- Objetivo 9. El equipo se comunicará eficazmente e intercambiará información sobre el paciente fundamental para que la operación se desarrolle de forma segura.
- Objetivo 10. Los hospitales y sistemas de salud públicos establecerán una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos

Las Directrices y la Lista de verificación siguen un marco establecido para la seguridad de la atención intraoperatoria en los hospitales, el cual conlleva una secuencia sistemática de acontecimientos —evaluación preoperatoria del paciente, intervención quirúrgica y preparación para los cuidados postoperatorios adecuados— con sus respectivos riesgos, que deben ser mitigados.

En la fase preoperatoria puede intervenir en: la obtención del consentimiento informado; la confirmación de la identidad del paciente, del lugar anatómico de la operación y del procedimiento que ha de realizarse; la comprobación de la seguridad del aparato de anestesia y la medicación, y la preparación adecuada de los acontecimientos intraoperatorios. En la fase operatoria, para garantizar un resultado satisfactorio de la intervención quirúrgica, es necesario: un uso adecuado y prudente de los antibióticos; la disponibilidad de técnicas de imagen fundamentales; una monitorización adecuada del paciente; un trabajo en equipo eficiente; competencias anestésicas y quirúrgicas; una técnica quirúrgica meticulosa, y una comunicación eficiente entre los miembros del equipo (cirujanos, anestesistas, personal de enfermería). En el postoperatorio, un plan de cuidados claro, una buena comprensión de los sucesos intraoperatorios y el compromiso para mejorar la calidad pueden suponer un avance en la atención quirúrgica, favoreciendo así la seguridad del paciente y mejorando los resultados.

La Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía no pretende prescribir un método único, sino garantizar la incorporación de elementos clave para la seguridad en el trabajo que se realiza habitualmente en los quirófanos. De esta forma, se aumentará al máximo la probabilidad de obtener el mejor resultado para los pacientes sin necesidad de sobrecargar indebidamente al sistema y a los profesionales. Se entiende que las normas representarán un cambio de hábitos en casi todos los entornos, pero su introducción se ha basado en datos científicos fehacientes y en la opinión consensuada de los expertos de que pueden suponer mejoras tangibles y determinantes para salvar vidas en todos los entornos, desde el más rico al más pobre.

Así pues, todos los países pueden mejorar la seguridad de la atención quirúrgica si los hospitales:

- utilizan la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía o instrumentos de seguridad similares para garantizar que las medidas destinadas a mejorar la seguridad de la cirugía se cumplen de forma sistemática y puntual
- establecen una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos

La Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía se elaboró para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente.

La Lista de verificación no es un instrumento normativo ni un elemento de política oficial; está pensado como herramienta práctica y fácil de usar para los clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables.

La elaboración de la Lista de verificación se basó en tres principios.

El primero fue la simplicidad. Una lista exhaustiva de normas y directrices podría mejorar la seguridad del paciente, pero la exhaustividad dificultaría su uso y difusión, y probablemente se encontrara con una resistencia considerable. El atractivo que tiene la

simplicidad en este contexto no es desdeñable. Las medidas poco complicadas son las más fáciles de establecer y pueden tener efectos profundos en un amplio abanico de entornos.

El segundo principio fue la amplitud de aplicación. De habernos centrado en un entorno concreto con determinados recursos habría cambiado el tipo de cuestiones debatidas (p. ej., los requisitos mínimos de equipamiento en entornos con escasos recursos). Sin embargo, el objetivo del reto es abarcar todos los ambientes y entornos, desde los más ricos hasta los más pobres en recursos. Además, en todos los entornos y ambientes se producen fallos regulares que pueden atajarse con soluciones comunes.

El tercer principio fue la mensurabilidad. Un elemento clave del segundo reto es la medición del impacto. Deben seleccionarse instrumentos de medida significativos, aunque sólo se refieran a procesos indirectos, y que sean aceptables y cuantificables por los profesionales en cualquier contexto. Si se cumplen los tres principios (simplicidad, amplitud de aplicación y mensurabilidad) es posible que se logre aplicar la Lista de verificación con éxito.

La Lista de verificación ayudará a garantizar que los equipos sigan de forma sistemática las medidas de seguridad esenciales, minimizando así los riesgos evitables más habituales que ponen en peligro la vida y el bienestar de los pacientes quirúrgicos

Instrucciones breves sobre cómo utilizar la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía

Es fundamental que el proceso de verificación de la Lista lo dirija una sola persona. Por lo general el responsable de marcar las casillas de la Lista será una enfermera, pero también podría ser cualquier clínico que participe en la operación. La Lista de verificación divide la operación en tres fases, que se corresponden con un periodo de tiempo concreto en el curso normal de un procedimiento quirúrgico: el periodo anterior a la inducción de la anestesia (Entrada), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior (Salida). En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el encargado de rellenar la Lista de verificación confirme que el equipo ha llevado a cabo sus tareas. Antes de la inducción de la anestesia (Entrada), el encargado de rellenar la Lista de verificación confirmará verbalmente con el paciente (si es posible) su identidad, el lugar anatómico de la intervención y el procedimiento, así como su consentimiento para ser operado. Confirmará visualmente que se ha delimitado el sitio quirúrgico (si procede) y revisará verbalmente con el anestesista el riesgo de hemorragia, de dificultades en el acceso a la vía aérea y de reacciones alérgicas que presenta el paciente, y si se ha llevado a cabo una comprobación de la seguridad del equipo de anestesia y la medicación. Lo ideal es que el cirujano esté presente en la fase de Entrada, ya que puede tener una idea más clara de la hemorragia prevista, las alergias u otras posibles complicaciones; sin embargo, su presencia no es esencial para completar esta parte de la Lista de verificación.

Inmediatamente antes de la incisión cutánea, el equipo se detendrá (Pausa quirúrgica) para confirmar en voz alta que se va a realizar la operación correcta en el paciente y el sitio correctos; todos los miembros del equipo revisarán verbalmente entre sí, por turnos, los puntos fundamentales de su plan de intervención, utilizando como guía las preguntas de la Lista de verificación. Asimismo, confirmarán si se han administrado antibióticos

En nuestra institución tomamos obviamente los lineamientos de la OMS para regir nuestro sistema de cirugía segura.

En los procedimientos programados se implementó una lista de chequeo y evaluación pre quirúrgica que permite asegurarnos que el paciente llega en las mejores condiciones posibles al procedimiento.

Previo a su ingreso a quirófano se realiza una evaluación por enfermería corroborando accesos periféricos, higiene pre quirúrgica, alergias, retirado de accesorios como anillos, cadenas, etc, vacunación antitetánica, antibiótico pre quirúrgico, etc.

Posteriormente se realiza la Lista de chequeo modificada por nuestro equipo.

Creemos que es fundamental, como ya fue mencionado el compromiso de la dirección de la institución como del servicio y sus líderes para generar el cambio cultural necesario para que esta sistemática tenga el éxito buscado.