



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Editorial

Mejorar la seguridad en el quirófano reduce la mortalidad hospitalaria

Improving safety in the operating room reduces hospital mortality

Muchas veces los males empeoran con los remedios.

Aforismo CXXXVIII sobre el arte de dejar estar.

Oráculo manual y arte de prudencia.

Baltasar Gracián, 1647.

El peso de la cirugía, en cualquier sistema sanitario, es cada día más patente. Los problemas clínicos que requieren tratamiento quirúrgico van en aumento año tras año. En la actualidad, en el mundo, se estima que se realizan cada año unas 234 millones de intervenciones quirúrgicas bajo anestesia general, regional o con sedación profunda¹. La cirugía, en muchas ocasiones, es la única opción para curar una enfermedad, para paliar sus complicaciones evolutivas y reducir la mortalidad, pero no se nos escapa que, de forma paradójica, los procedimientos quirúrgicos causan complicaciones graves, incluso la muerte. Las tasas de mortalidad y de complicaciones perioperatorias en países desarrollados tras la cirugía con ingreso están entre el 0,4-0,8% y el 3-17%, respectivamente^{2,3}. En otros ámbitos probablemente las cifras se multiplican.

Otro hecho paradójico es que una buena parte de esas complicaciones están bien descritas en la literatura médica y son bien conocidas tanto por el personal sanitario como por la población general. Pese a esto, se repiten y no parece que se adopten las medidas preventivas necesarias. Muchas se consideran inevitables, fruto de factores incontrolables en relación con la naturaleza de la enfermedad o del estado general del paciente⁴ y otras, sencillamente, se dejan en manos de la experiencia de los profesionales que intervienen durante el acto quirúrgico^{5,6}. Es indudable que la experiencia del cirujano, y por extensión del equipo quirúrgico, es un factor crucial para reducir esos errores, pero existen múltiples evidencias que demuestran que una buena parte de ellos se puede evitar si se instauran y protocolizan las medidas adecuadas^{7,8}.

En este contexto, la 55.^a Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2002, exhortó a la creación de programas encaminados a garantizar la seguridad de los pacientes en el sistema sanitario. Dos años después, en la 57.^a Asamblea, nace la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes, que se lanza en octubre de 2004. Como parte de esa iniciativa, en enero de 2007, surge el programa "Safe

Surgery Saves Lives", que pretende mejorar la seguridad ligada a los procedimientos quirúrgicos⁹.

Ésta es la primera vez que expertos de diferentes ámbitos afrontan juntos el reto de mejorar la seguridad de los pacientes. Estos especialistas identificaron 4 áreas en las que se debían centrar los esfuerzos: la prevención de la infección quirúrgica, la seguridad en el acto anestésico y en el período perioperatorio, y conseguir un sistema estandarizado de evaluación de la actividad quirúrgica que permita la comparación y el seguimiento de la implementación de posibles medidas de mejora.

Una de las recomendaciones de los expertos fue la elaboración de una "Lista de verificación para la seguridad quirúrgica"⁹. Esta lista se presentó en público hace poco menos de un año en Washington con la intención de difundirla al mundo entero. No se trata de un documento oficial, ni es de obligado cumplimiento; sólo pretende ser una guía práctica, de fácil implementación para todos aquellos interesados en mejorar la seguridad de sus pacientes y reducir una parte substancial de las complicaciones quirúrgicas. La lista impone una rutina que comprueba 19 apartados en 3 momentos críticos de todo acto quirúrgico: antes de la inducción anestésica, antes de la incisión y cuando el paciente abandona el quirófano. En cada fase, la lista verifica con todo el equipo quirúrgico que todas los aspectos cruciales se han cumplido (y si no se ha hecho, las causas por las que no se ha realizado). Se puede discutir la validez o la conveniencia de alguno de los apartados de este listado. La propia OMS sugiere su modificación de acuerdo con los conocimientos previos y las necesidades locales. Muchos de los pasos indicados son obvios, y muchos de ellos ya son comprobados en la actualidad, pero también es cierto que en muy pocas ocasiones se realiza la comprobación de todos de forma sistemática.

Las listas de verificación ya han demostrado su utilidad en la industria cuando profesionales de diferentes ámbitos están implicados en el mismo proceso. En la aviación, estas listas de verificación son la norma. Las autoridades aéreas obligan a los pilotos que cumplimenten unas listas de verificación antes del despegue y del aterrizaje, y no dejan nada a expensas de la memoria o a la experiencia del piloto. Alguna de estas listas de verificación ya se han introducido en la

práctica médica, especialmente en el ámbito de la anestesia¹⁰, y en cirugía se han realizado algunas propuestas desde el Colegio Americano de Cirujanos en el Programa Nacional para la Mejora de la Calidad Quirúrgica¹¹.

Una reciente publicación ha demostrado que la instauración de la lista propuesta por la OMS reduce de forma significativa la tasa de complicaciones (del 11 al 7%) y de mortalidad (del 1,5 al 0,8%)¹². Pero lo más llamativo de este estudio es que a esta reducción contribuyeron todos los centros participantes (de diferentes continentes y ámbitos de referencia). Es decir que la lista de verificación es útil en cualquier medio.

Múltiples organizaciones han apoyado el cumplimiento de esta lista. El Ministerio de Sanidad, algunas conserjerías de salud, la Asociación Española de Cirujanos y algunos centros sanitarios, de forma particular, también se han unido a la iniciativa. Pero que quede bien claro que su implementación exige, más allá de apoyos institucionales, un compromiso de los propios cirujanos, sobre todo de aquéllos con responsabilidades sobre unidades, secciones, servicios o departamentos, junto con los anestesiólogos y la enfermería quirúrgica, que deben afrontar el reto de anteponer la seguridad del paciente ante todo. Quizá el aspecto más importante no sea la implementación en sí de la lista, sino que su implementación implica un trabajo en equipo, una mayor participación, comunicación y sentido de la responsabilidad de todos los miembros del equipo quirúrgico y modifica actitudes personales^{5,13,14}. Se puede ser escéptico, se puede ver como un trabajo añadido y, si se quiere, como una obviedad innecesaria. Pero todo esto no deja de ser una excusa para mantener una situación que, a todas luces, es insostenible.

Cualquier paciente que llega a la cirugía espera que su equipo quirúrgico aplique todo su saber y entender para evitar errores que puedan tener graves consecuencias para su salud. Esto redundará no sólo en la satisfacción de los cirujanos y de los pacientes, sino también de la sociedad, que agradecerá el recorte de gastos que la reducción de complicaciones conlleva¹⁵.

BIBLIOGRAFÍA

- 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;81:139-44.
- Gawande AA, Thomas EJ, Zinner MJ, Brennan TA. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery*. 1999;126:66-75.
- Kable AK, Gibbert RW, Spigelman AD. Adverse events in surgical patients in Australia. *Int J Qual Health Care*. 2002; 14:269-76.
- Pan W, Lee VV, Vaughn WK, Collard CD. Obesity in diabetic patients undergoing coronary artery bypass graft surgery is associated with increased postoperative morbidity. *Anesthesiology*. 2006;104:441-7.
- Sexton JB, Makary MA, Tersigni AR, Pryor D, Hendrich A, Thomas, EJ, et al. Teamwork in the operating room: Frontline perspectives among hospitals and operating room personnel. *Anesthesiology*. 2006;105:877-84.
- Zorcolo L, Covotta L, Carlomagno N, Bartolo DC. Toward lowering morbidity, mortality, and stoma formation in emergency colorectal surgery: The role of specialization. *Dis Colon Rectum*. 2003;46:1461-7.
- Mangano DT. Preoperative assessment of the patient with cardiac disease. *Curr Opin Cardiol*. 1995;10:530-42.
- Poldermans D, Hoeks SE, Feringa HH. Pre-operative risk assessment and risk reduction before surgery. *J Am Coll Cardiol*. 2008;51:1913-24.
- WHO. Safe surgery safe lives. The second global patient safety challenge. [citado 17 Jul 2009]. Disponible en: URL: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/index.html>.
- Hart EM, Owen H. Errors and omissions in anesthesia: A pilot study using a pilot's checklist. *Anesth Analg*. 2005;101:246-50.
- Rowell KS, Turrentine FE, Hutter MM, Khuri SF, Henderson WG. Use of national surgical quality improvement program data as a catalyst for quality improvement. *J Am Coll Surg*. 2007;204:1293-300.
- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger, EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009;360:491-9.
- Lingard L, Regehr G, Orser B, Reznick R, Baker GR, Doran, D, et al. Evaluation of a preoperative checklist and team briefing among surgeons, nurses, and anaesthesiologists to reduce failures in communication. *Arch Surg*. 2008;143: 12-18.
- Makary MA, Sexton JB, Freischlag JA, Holzmueller CG, Millman EA, Rowen, L, et al. Operating room teamwork among physicians and nurses: Teamwork in the eye of the beholder. *J Am Coll Surg*. 2006;202:746-52.
- Dimick JB, Weeks WB, Karia RJ, Das S, Campbell DA. Who pays for poor surgical quality? Building a business case for quality improvement. *J Am Coll Surg*. 2006;202:933-7.

Luis Grande

Servicio de Cirugía, Hospital Universitario del Mar, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

Correo electrónico: lgrande@imas.imim.es

0009-739X/\$ - see front matter

© 2009 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2009.07.018