



# Estándares de Acreditación y la lista de chequeo de la OMS

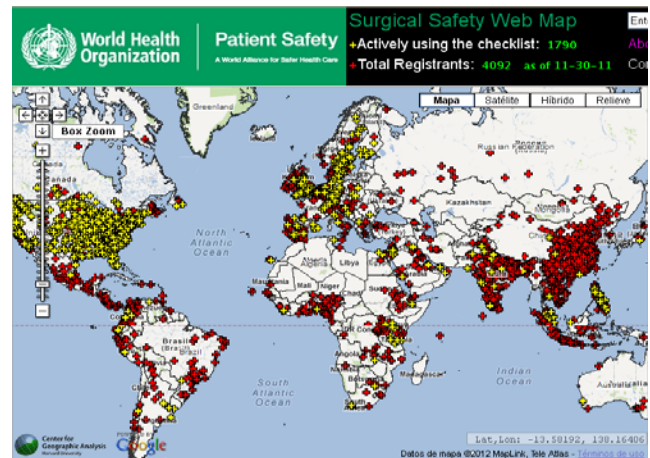
## Nota Técnica

2010  
Superintendencia de Salud

Elaborado por:  
Intendencia de Prestadores de Salud  
Unidad Técnica Asesora

# Estándares de Acreditación y la lista de chequeo de la OMS

Es común escuchar entre los profesionales del área de calidad, que la acreditación de prestadores implica que los establecimientos deben implementar la así llamada "pausa de seguridad" en sus pabellones quirúrgicos. También conocida como "lista de chequeo de la OMS", esta práctica ha encontrado rápida difusión en el mundo, gracias precisamente a la promoción que ha hecho de ella la Organización Mundial de Salud a través de su programa "[La Cirugía Segura Salva Vidas](#)". En nuestro país la iniciativa ha sido avalada oficialmente por la [Sociedad de Cirujanos de Chile](#) y por la [Sociedad Chilena de Enfermeras de Pabellones Quirúrgicos y Esterilización](#). Además, al menos 8 establecimientos chilenos de atención cerrada, públicos y privados, figuran adhiriendo a la campaña en la página Web de OMS, aunque es sabido que varios otros hospitales también la están aplicando.



## ¿En qué consiste la lista de chequeo?

Es la verificación por parte del equipo quirúrgico, un momento antes de la inducción anestésica y de la incisión, y posteriormente antes de que el paciente salga del quirófano, del cumplimiento de un conjunto de controles de seguridad recomendados. La lista es aplicada por un coordinador, generalmente la enfermera de pabellón, a viva voz (se asume que la función de la Lista de verificación es promover y encauzar una interacción verbal entre los miembros del equipo), y se espera que aplicar cada una de sus 3 secciones tarde un minuto o menos. La OMS recomienda adaptar la lista y su forma de aplicarla a las condiciones y cultura locales. Existen diversos videos que ilustran sobre ella y [materiales de apoyo](#) para implementarla.

<b>Lista de verificación de la seguridad de la cirugía</b>  <b>Organización Mundial de la Salud</b>		
<b>Seguridad del Paciente</b> <small>Una persona muere cada una operación más segura</small>		
<b>Antes de la inducción de la anestesia</b> <small>(Con el enfermero y el anestesista, como mínimo)</small>	<b>Antes de la incisión cutánea</b> <small>(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)</small>	<b>Antes de que el paciente salga del quirófano</b> <small>(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)</small>
<p><b>¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?</b></p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede	<p><input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función</p> <p><input type="checkbox"/> Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento</p> <p><b>¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?</b></p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede	<p><b>El enfermero confirma verbalmente:</b></p> <input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento <input type="checkbox"/> El recuento de instrumentos, gases y agujas <input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente) <input type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos
<p><b>¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?</b></p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede	<p><b>¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?</b></p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede	<p><b>Cirujano, anestesista y enfermero:</b></p> <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?
<p><b>¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?</b></p> <input type="checkbox"/> Sí	<p><b>Previsión de eventos críticos</b></p> <p><b>Cirujano:</b></p> <input type="checkbox"/> ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados? <input type="checkbox"/> ¿Cuánto durará la operación? <input type="checkbox"/> ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista? <p><b>Anestesista:</b></p> <input type="checkbox"/> ¿Presenta el paciente algún problema específico? <p><b>Equipo de enfermería:</b></p> <input type="checkbox"/> ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)? <input type="checkbox"/> ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos? <p><b>¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?</b></p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No procede	
<p><b>¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?</b></p> <input type="checkbox"/> Sí		
<p><b>¿Tiene el paciente...</b></p> <p>... Alergias conocidas?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <p>... Via aérea difícil / riesgo de aspiración?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y hay materiales y equipos / ayuda disponible <p>... Riesgo de hemorragia &gt; 500 ml (7 ml/kg en niños)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales.		

La presente lista no pretende ser exhaustiva. Se recomienda completarla o modificarla para adaptarla a la práctica local. Revisado 1 / 2009 © OMS, 2009

## ¿Qué aspectos de seguridad abarca la lista?

La lista de chequeo incluye preguntas sobre los principales aspectos que podrían permitir anticipar y prevenir un evento adverso durante el manejo perioperatorio, a saber:

- Paciente, sitio y cirugía correctos; consentimiento
- Verificación de equipamiento, fármacos anestésicos, y de monitoreo (oximetría de pulso)
- Previsiones respecto del riesgo de hemorragia, alergias, riesgo de intubación difícil o aspiración, la esterilidad y disponibilidad adecuada del instrumental quirúrgico
- Profilaxis antibiótica si procede
- El recuento de instrumental, gases y compresas
- La identificación de las muestras para anatomía patológica

## ¿Qué dicen los estándares de acreditación nacionales al respecto?

Lo primero que es necesario señalar es que los Estándares de Acreditación promulgados no establecen en ninguna parte que deba aplicarse la lista, sino que señalan, en términos genéricos, que en la institución "Se aplican

medidas de prevención de eventos adversos asociados a procesos quirúrgicos" (Ámbito Gestión Clínica, la característica GCL 2.1). Esta característica pertenece al grupo de 30 condiciones obligatorias para los establecimientos de atención cerrada de Alta o Mediana Complejidad, y en el caso de los establecimientos de atención abierta, es aplicable a la atención de cirugía mayor ambulatoria.

Por su parte, la Pauta de cotejo asociada a esta característica especifica que debe existir un proceso de mejoría continua relacionado con la prevención, específicamente, de:

- Cirugías en paciente equivocado,
- Cirugías del lado equivocado,
- Errores del tipo de cirugía, y
- Cuerpos extraños abandonados en sitio quirúrgico.

Esto se complementa con:

- El requisito de obligatoriedad de identificación de los pacientes que ingresan a pabellón (GCL-1.12)
- La existencia de adecuados procedimientos de registro, rotulación traslado y recepción de biopsias y su trazabilidad (GCL-1.11)
- La exigencia de procesos de mejoría continua respecto de:
- El procedimiento de evaluación preanestésica, si bien no especifica los contenidos mínimos de ésta (GCL-1.1).
- Las medidas de prevención de IHH (GLC-3.3), entre las que se incluye específicamente la Prevención de infección de herida operatoria.
- Los controles del proceso de esterilización (APE-1.3)

### ¿Cuál es la evidencia que apoya el uso de la lista?

La mayoría de los elementos incluidos en la lista fue seleccionado por opinión de expertos, tomando en consideración cuáles son los principales eventos adversos graves potencialmente prevenibles en el perioperatorio y algunas experiencias que se han ido extendiendo con el uso, como por ejemplo, la marcación del sitio quirúrgico. Varios son de carácter obvio, y por lo mismo, no necesariamente cuentan con ensayos que los respalden. En otros casos alguna evidencia científica existe. Por ejemplo, Respecto a la oximetría de pulso, existen ensayos aleatorizados -algunos en grandes series de pacientes- que han mostrado una mayor tasa de detección de episodios de hipoxemia con su uso, si bien no hay demostración de que en definitiva disminuya la mortalidad o la tasa de complicaciones cardiovasculares (se ha estimado que se necesitaría un ensayo en casi 2 millones de pacientes para

poder demostrarlo). La profilaxis antibiótica es otro ejemplo de intervención cuya efectividad ha sido suficientemente probada en ensayos aleatorizados.

Por su parte, la efectividad del uso de la lista como intervención de calidad ha sido defendida, con gran despliegue comunicacional, con los resultados de un estudio publicado a comienzos de 2009 en el *New England Journal of Medicine*. En el estudio participaron 8 hospitales, 4 de países desarrollados y 4 en desarrollo, en los que se comparó la mortalidad y tasa de algunas complicaciones postquirúrgicas en casi 4.000 pacientes antes, y otros 4.000 después de implementado el protocolo (mayores de 16 años, sometidos a cirugía no cardíaca). No hubo hospitales que sirvieran de control sin la intervención. El hallazgo global fueron reducciones en la mortalidad desde 1,5% a 0,8% ( $p=0,003$ ), en las infecciones de sitio quirúrgico desde 6,2% a 3,4% ( $p<0,001$ ), los reingresos no planificados a pabellón desde 2,4% a 1,8% ( $p=0,047$ ), y en las complicaciones mayores desde 11% a 7% ( $p<0,001$ ). Al analizar los resultados separando los hospitales de países desarrollados de aquellos de países de ingresos medios y bajos, las diferencias se mantienen, excepto en la mortalidad, que dejó de ser significativa en los países de ingresos altos. Con la introducción de la lista hubo cambios sustanciales en algunos procesos, especialmente el uso de la profilaxis antibiótica en pabellón (se sabe que cuando se aplica en sala suele administrarse fuera del plazo recomendado antes de la incisión) en los hospitales de países de menores ingresos.

El diseño de este estudio, sin embargo, adolece de importantes limitaciones, que hacen difícil atribuir la disminución observada en las complicaciones, al efecto de la lista propiamente tal. La debilidad principal es la falta de grupo control, que se podría haber resuelto con un diseño aleatorizado por conglomerados (cluster randomised trial). Particularmente difícil de descartar es un efecto Hawthorne, es decir, que la menor tasa de complicaciones se deba en definitiva a cambios conductuales en el equipo de salud, inducidos por el hecho de saberse parte del estudio, que produjeron una mejora en la calidad de la atención que es independiente del uso de la lista. Dado que las causas de muerte no se analizan en el estudio, tampoco es posible juzgar la racionalidad de la asociación entre ésta y los elementos de la lista.

### ¿Cuáles son la aceptabilidad y el costo de la aplicación de la lista?

Existe poca evidencia en torno a estos aspectos. La experiencia sugiere que en condiciones favorables y una vez completada la curva de aprendizaje, aplicar la lista de chequeo probablemente tome alrededor de 2 o 3 minutos. Este tiempo podría ser menor adaptando la lista a elementos esenciales y eliminando de ella, por ejemplo, aspectos sobre procesos que el hospital cumple regularmente. Sin embargo, se ha visto que después del período

inicial de implementación, la adherencia al uso de la lista tiende a decaer, por lo que sostenerla exige una intervención constante.

La OMS alienta su modificación con el fin de adaptarla mejor a las necesidades y a los procesos asistenciales propios de disciplinas quirúrgicas y entornos concretos. Sin embargo, también aparece muy conservadora respecto a eliminar elementos de ella. Así, mientras sus instructivos señalan que se debe intentar que la Lista sea concisa y se centre en las cuestiones más críticas e insuficientemente revisadas mediante otros mecanismos de seguridad, también mencionan que lo "ideal" son entre cinco y nueve puntos de control en cada apartado de la Lista, cuestión que no tiene un claro fundamento técnico (especialmente si la inclusión de elementos poco relevantes en la lista es una de las causas de que no se aplique o se abandone su uso). Asimismo, se admite que podrían incluirse en la lista otros aspectos importantes como las medidas de prevención de trombosis venosa.

En cuanto a las percepciones de los profesionales, la motivación de los miembros del equipo de salud se considera esencial para la adherencia a la lista. Hay investigaciones que sugieren que este tipo de iniciativas -listas de chequeo, pausas de seguridad- mejoran la percepción de seguridad y calidad de la comunicación interprofesional, si bien son más valoradas por el personal de enfermería que por los médicos. En estos últimos las principales barreras se relacionan con la percepción de que las listas enlentecen el proceso quirúrgico, con la falta de expectativas sobre los efectos positivos de la intervención, falta de familiaridad o vergüenza que genera participar en el "rito" de la lista, y la percepción de duplicación o redundancia de sus componentes.

Se recomienda también que cada ítem de la Lista esté relacionado con una acción concreta inequívoca, sin embargo, hay varios componentes de ella donde esto no se deduce claramente o la pregunta parece ser demasiado amplia, por ejemplo, cuando el equipo de enfermería debe plantearse si "...Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?"

## Conclusiones

La lista de chequeo de la OMS es una intervención que pretende prevenir eventos adversos asociados a la cirugía, y que ha encontrado adeptos en diversos hospitales y organizaciones a través del mundo. Los estándares nacionales no exigen directamente utilizar la lista de chequeo promovida por la OMS, pero contemplan algunos de los elementos contenidos en ella.

La aceptabilidad y efectividad del método no han sido plenamente demostradas. Particularmente, no es claro que resulte efectivo ni mejor que



otros mecanismos dirigidos a mejorar el cumplimiento de procesos críticos en pabellón, particularmente en contextos como el de Chile, en el que la disponibilidad de recursos profesionales y de monitoreo se dan razonablemente bien, y por ejemplo, el uso de profilaxis antibiótica se encuentra altamente difundido.

## Referencias

1. World Health Organization. WHO guidelines for safe surgery: 2009: safe surgery saves lives. ISBN 978 92 4 159855 2
2. Panesar SS, Cleary K, Sheikh A, Donaldson L. The WHO checklist: a global tool to prevent errors in surgery. *Patient Saf Surg*. 2009 May 28;3(1):9. [[Texto completo](#)]
3. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009;360:491-9. [[PUBMED](#)]
4. Latosinsky S, Thirlby R, Urbach D, Baxter NN, Brasel KJ, Brown CJ, Chaudhury P, Cutter CS, Divino C, Dixon E, Dubois L, Fitzgerald GW, Henteleff HJ, Kirkpatrick AW, Latosinsky S, MacLean A, Mastracci TM, McLeod RS, Morris A, Neumayer LA, Temple LR, McKenzie ME; Members of the Evidence Based Reviews in Surgery Group. CAGS and ACS evidence based reviews in surgery. 32: Use of a surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality. *Can J Surg*. 2010 Feb;53(1):64-6. [[Texto completo](#)]
5. Vats A, Vincent CA, Nagpal K, Davies RW, Darzi A, Moorthy K. Practical challenges of introducing WHO surgical checklist: UK pilot experience. *BMJ*. 2010 Jan 13;340:b5433. doi: 10.1136/bmj.b5433. [[PUBMED](#)]
6. Khoshbin A, Lingard L, Wright JG. Evaluation of preoperative and perioperative operating room briefings at the Hospital for Sick Children. *Can J Surg*. 2009 Aug;52(4):309-315. [[PUBMED](#)]
7. Makary MA, Mukherjee A, Sexton JB, Syin D, Goodrich E, Hartmann E, Rowen L, Behrens DC, Marohn M, Pronovost PJ. Operating room briefings and wrong-site surgery. *J Am Coll Surg*. 2007 Feb;204(2):236-43. [[PUBMED](#)]
8. Lingard L, Regehr G, Orser B, Reznick R, Baker GR, Doran D, Espin S, Bohnen J, Whyte S. Evaluation of a preoperative checklist and team briefing among surgeons, nurses, and anesthesiologists to reduce failures in communication. *Arch Surg*. 2008 Jan;143(1):12-7; discussion 18. [[PUBMED](#)]
9. Hurlbert SN, Garrett J. Improving operating room safety. *Patient Saf Surg*. 2009 Nov 20;3(1):25. [[Texto completo](#)]
10. Hudecek, Ivan P SURGICAL SAFETY CHECKLISTS: What the papers say *BMJ* 2009;338(7691):369-370.
11. Clark S, Hamilton L. WHO surgical checklist. Needs to be customised by specialty. *BMJ*. 2010 Feb 2;340:c589. doi: 10.1136/bmj.c589.
12. Mahaffey PJ. Checklist culture. Seductions of the WHO safe surgery checklist. *BMJ*. 2010 Feb 23;340:c915.

Preparado por: Miguel Araujo A.

