

Error humano y complicaciones intraoperatorias.

Dra. Marina Beatriz Vallongo Menéndez
Especialista en Anestesiología y Reanimación.
Profesora Auxiliar. Master en Ciencias.
Clínica Central Cira García. La Habana. Cuba

Introducción. Se ha estimado que el número de muertes relacionadas con errores médicos es mayor que las que se producen por accidentes automovilísticos.^{1,2} La Anestesiología se identifica como líder en el cuidado de la seguridad del paciente, sin embargo no está libre de accidentes por errores.¹ Revisar cuáles son los principales errores que cometen los anestesiólogos durante el intraoperatorio y sus causas son los **objetivos** de la presente revisión.

Desarrollo. El error humano, según el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, se define como "el fracaso para completar una acción planeada, según lo previsto o el uso de un mal plan para lograr un objetivo".²

Puede clasificarse en dependencia de sus consecuencias o de sus orígenes psicológicos.³ En dependencia de sus consecuencias se relacionan, en nuestra especialidad, con el incorrecto desempeño del facultativo, donde se incluye: valoración preoperatoria insuficiente o inapropiada, mal control preoperatorio de las enfermedades concomitantes del paciente, comprobación inadecuada del funcionamiento de la máquina de anestesia y otros monitores, errores en la permeabilización de la vía respiratoria, dosis incorrectas de medicamentos, inadecuada interpretación de cambios en los parámetros fisiológicos perioperatorios, impropia administración de líquidos, incorrecta prevención de la hipotermia e incapacidad de reconocer complicaciones concurrentes.³ Los orígenes psicológicos deben centrarse en los antecedentes mentales del error.

Es importante hacer tres distinciones: Deslices y lapsos versus errores, errores versus violaciones y errores activos versus errores latentes.³

Errores en anestesia. El error humano ocupa un lugar importante en la aparición de incidentes y accidentes durante la práctica anestésica. Dentro de las principales causas se citan: Juicio erróneo, fallas técnicas de los equipos o de su revisión preoperatoria, prisa, fatiga, inexperiencia, mala comunicación del equipo de trabajo, inadecuada evaluación y preparación preoperatoria así como dificultades en la monitorización.^{3,4}

Es necesario hacer énfasis en los problemas relacionados con la utilización de los equipos pues se ha encontrado que casi la mitad de los anesthesiólogos usan equipos nuevos sin leer el manual para usuarios o no siguen el procedimiento de comprobación del fabricante, en tanto que entre 30 y 41 % de los facultativos no realizan comprobación alguna.³

Errores en la administración de medicamentos. Pocos médicos están tan relacionados en el proceso de prescripción, selección, preparación y administración de medicamentos que los anesthesiólogos, tanto si laboran en los quirófanos, en las salas de terapia intensiva o en el alivio del dolor,⁵ por lo que el riesgo de error es mayor. La sobredosis o la selección incorrecta de medicamentos no anestésicos, la sobredosis de anestésicos, la inadecuada vía de administración, la preparación incorrecta de jeringuillas así como la administración equivocada del contenido de las mismas, aunque estuvieran convenientemente identificadas y la intoxicación por anestésicos locales se citan como errores de la medicación en la literatura médica.^{2,6}

El mayor número de investigaciones relacionadas sobre el tema se realizaron en enfermos hospitalizados, pero queda prácticamente sin informar lo que

ocurre en los enfermos tratados de urgencia o en forma ambulatoria⁷ sin olvidar que los pacientes pediátricos tienen más riesgos que los adultos de ser víctimas de errores durante la medicación, pues son incapaces de comprobar por sí mismos que ésta se realice en forma correcta.⁷

Error humano, paro cardiaco y anestesia. La mayoría de los errores relacionados con la anestesia tienen consecuencias menores sin daños para los pacientes,¹ sin embargo, en algunos casos las complicaciones pueden ser graves y llevar al paro cardiaco y la muerte.^{1, 6}

Son muchos los informes en la literatura médica de paros cardiacos relacionados con la anestesia neuroaxial.⁸ Las principales causas se asocian a deficiencias en la vigilancia y monitorización, cambios de posición sin ofrecer cuidados extremos y tratamiento tardío de hipotensión y bradicardia.⁸

Error humano por dificultades en la comunicación del equipo de trabajo.

La mala comunicación entre el personal que trabaja en los salones de operaciones ocurre aproximadamente en 30% de los intercambios verbales entre los miembros del equipo de trabajo y puede poner en peligro la seguridad de los pacientes por aumento de la carga cognitiva, interrupción de la rutina de las actividades a realizar y aumento de la tensión en el quirófano.⁹

Los patrones de comunicación en el quirófano varían entre los distintos grupos de trabajo y de caso a caso, pero la tensión durante la misma afecta negativamente los resultados administrativos, educativos y clínicos.⁹

Importancia del conocimiento de los errores. Gran parte de los errores médicos que se informan en la literatura médica son aquellos cuyas consecuencias son mensurables e imposibles de ocultar.² Sin embargo, muchos de los errores que se producen en anestesia no tienen consecuencias

mayores o sus efectos pueden ser contrarrestados antes de que aparezcan complicaciones.²

La administración de la anestesia es necesaria para los enfermos que necesitan tratamiento quirúrgico, pero no por ello deja de ser riesgosa, ya no por la acción de los medicamentos por sí mismos, sino por el factor humano implícito.² Por tanto, es prácticamente imposible pretender que, a pesar de una planificación y entrenamiento permanente, la incidencia de error durante la práctica anestésica sea cero.²

Es por ello que, en los últimos años, ha aumentado el reconocimiento por las organizaciones de salud, de la importancia y necesidad de controlar y aprender de los incidentes que ponen en peligro la seguridad de los pacientes.¹⁰

Las propuestas para lograr esto han incluido el uso de sistemas de información, y algunos países, desde hace varios años, han establecido sistemas de información nacionales para facilitar, a gran escala, el seguimiento y análisis de los incidentes.¹⁰

A pesar de los beneficios que esta información representa, tanto para el trabajo del personal médico como de enfermería, también enfrenta nuevos retos, dentro de los que se citan la presentación de informes individuales, que a su vez entraña barreras como la falta de tiempo, de conocimientos acerca de cómo y qué informar y el miedo a la culpa. Por otra parte, una vez que la información ha sido obtenida, grandes cantidades de datos deben ser analizados para acumular experiencia y lograr una verdadera retroalimentación educativa.¹⁰

Los anestesiólogos ante los errores. En contraste con los tradicionales estudios de mortalidad por anestesia, el sistema de información nacional en

algunos países ha demostrado su utilidad en situaciones donde los problemas son complejos, contextuales e influidos por la interacción de factores físicos, psicológicos o sociales así como por error humano o por el fracaso del sistema de organización.¹¹

Se ha demostrado que los anestesiólogos están dispuestos a aceptar el sistema de auto-reporte de errores, si no es punitivo, y con él se han obtenido mejoras en el cuidado de los enfermos.¹¹

En aras de aumentar la seguridad del paciente, la búsqueda debe ser un sistema confiable, de información sencilla y rentable para lo que las nuevas tecnologías tienen mucho que ofrecer. Nuevos enfoques debe complementar los métodos existentes para lograr mejores resultados. El desarrollo de una cultura de seguridad debe ir de la mano con las actividades de supervisión existentes.¹¹

Conclusiones. A pesar del importante decrecimiento de la mortalidad por causas anestésicas en los últimos años, los errores humanos como fuente de complicaciones, en ocasiones graves, es un hecho, por lo que reconocer sus orígenes es de obligatorio conocimiento para el personal asistencial, con el propósito de disminuir su incidencia al máximo.

La búsqueda de un sistema de información que permita el pesquisaje e informe de incidentes adversos ocurridos durante el perioperatorio será fuente de estudio y aprendizaje, con mejores resultados en la atención y seguridad de los pacientes.

Referencias bibliográficas

1. Orser BA, Chen R, Yee DA. Medication errors in anesthetic practice: a survey of 687 practitioners. *Canadian J Anesth* 2001;48:139-146.
2. De Maria S Jr, Neustein SM. Production pressure, medical errors, and the pre-anesthesia checkout. *M.E.J. Anesth* 2010;20 (5):631-38
3. Reason J. Safety in the operating theatre. Part 2: Human error and organisational failure. *Qual Saf Health Care* 2005;14:56-60
4. Gordon PC, Llewellyn RL, James MF. Drug administration errors by South Africa anaesthetists-a survey. *S Afr Med J* 2006;96(7):630-2
5. Wheeler SJ, Wheeler DW. Medication errors in anaesthesia and critical care. *Anaesth.*2005;60(3):257-73
6. Khan FA, Hoda MQ. Drug related critical incidents. *Anaesth.*2005;60(1):48-52.
7. Pollard J. Is local anesthetic overdose the most common cause of neuraxial cardiac arrest? *Anesth Analg* 2006;102:326
8. Chung CM, Kuo CH, Chen JJ, Chung HC. Cardiac arrest during spinal anesthesia: a report of two cases. *Acta Anaesthesiol Taiwan* 2006;44(1):55-8.
9. Lingard L, Espin S, Whyte S, Regehr G, Baker GR, Reznick R et al. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf. Health Care* 2004;13:330-334
10. Hutchinson A, Young TA, Cooper KL, McIntosh A, Karnon JD, Scobie S et al. Trends in healthcare incident reporting and relationship to safety

and quality data in acute hospitals: results from the National Reporting and Learning System. *Qual Saf Health Care* 2009;18:5–10.

11. Choy CY. Critical incident monitoring in anaesthesia. *Curr Opin Anesthesiol* 2008; 21:183–186