

EL ERROR MÉDICO EN EL POSOPERATORIO.

Dra:Martha Ortiz Montoro

Especialista de Primer Grado Anestesiología y Reanimación y de

Segundo Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Asistente.

Hospital Hermanos Ameijeiras.

La ciencia se compone de errores, que a su vez, son los pasos hacia la verdad.
Julio Verne

En la práctica médica de cualquier especialidad existe una línea muchas veces imperceptible, otras más evidente, entre el éxito y el fracaso.

La especulación sobre el origen de los errores humanos conjuga escepticismo, fe y revelación, tendencias que se alejan y contradicen el razonamiento científico. Sólo es una pretensión mantenerse alejado de ellos, el profesional no está exento de cometerlos; sin dudas el error médico puede ser devastador, pero paradójicamente su cercanía nos puede convertir en mejores profesionales, si los evitamos o incluso si logramos aprender de ellos.

Cuando se intenta un acercamiento a la polémica definición de error médico es imposible prescindir de los criterios establecidos por la Deontología.

Para ésta rama de la ética; el error en la Medicina es todo acto médico de tipo profiláctico, diagnóstico o terapéutico que no se corresponda con el real problema de salud del paciente y en el que no exista la mala intención, la negligencia, la indolencia, la incapacidad, ni la ignorancia profesional.

Durante el ejercicio de la medicina, surge la responsabilidad médica, que es la obligación que tiene toda persona que ejerce una rama del arte de curar, de responder ante la justicia por los daños ocasionados con motivo del ejercicio de su profesión.

En el análisis de eventos adversos generalmente se observan múltiples momentos en los que el evento pudo ser evitado. La mayoría de los errores tienen que ver con fallas institucionales más que con errores personales. Toda institución hospitalaria debe contar con un comité de manejo de riesgo. Este debe identificar los hechos en un accidente, posible negligencia o mala práctica.

Eliminar la impresión omnipotente del desarrollo de la Medicina y transparentar el ejercicio médico aparecen como alternativas juiciosas, pero en los casos de eventual error médico abogar por un tratamiento público juicioso y sensible.

La actitud del médico frente al error médico se ha modificado, pero aún hay una gran resistencia a reconocerlos. La promoción y disponibilidad de los análisis de Medicina basada en la evidencia, de guías clínicas y su utilización, la competencia profesional a través de programas de formación continua, el trabajo en equipo, la estabilidad del grupo de trabajo, la supervisión del personal en formación y el cumplimiento de protocolos, son algunas de las medidas para disminuir errores.

La incidencia de muerte y complicaciones mayores intrahospitalarias del perioperatorio en los países industrializados, es de 0.4-0.8 % y 3-17 %, respectivamente en el año 2010.

La esencia misma de la Anestesiología como especialidad, es la seguridad. La creencia popular, confiere relevancia al peligro o riesgo del procedimiento anestesiológico, a pesar de los avances en el nivel de monitorización y de equipamiento. El avance progresivo en las técnicas anestésicas y quirúrgicas con disminución de los tiempos de cirugía, mejor monitoreo invasivo y no invasivo, así como atención postoperatoria de excelencia, en unidades de recuperación anestésica o en las unidades de cuidados intensivos, aumenta el margen de seguridad y las expectativas de supervivencia, de menor morbilidad, ascienden.

El riesgo de morbimortalidad es heterogéneo, influye la edad, situación clínica, enfermedades coexistentes, tipo de procedimiento quirúrgico, cirugía urgente o electiva, la pericia y experiencia del binomio anesthesiologo-cirujano.

La gravedad y el pronóstico de un enfermo nunca se conocen con absoluta certeza, pero se dispone de índices con procesamientos estadísticos que analizan múltiples variables y establecen pronósticos. Estas estimaciones son útiles en la evaluación de la calidad asistencial, al permitir comparar la mortalidad esperada con la mortalidad obtenida en una población de enfermos.

El objetivo fundamental en la evaluación preoperatoria es optimizar la situación del enfermo antes de la cirugía, analizar el riesgo quirúrgico general y anticiparse en lo posible a las complicaciones potenciales durante el tiempo quirúrgico y en su postoperatorio inmediato.

El estado físico ASA avanzado es un factor predictivo de complicaciones anestésicas, así como la selección inadecuada de la técnica anestésica y la aparición de una complicación intraoperatoria. Tienen especial importancia las

normas relacionadas con el cuidado preanestésico, la documentación clínica, la monitorización intraoperatoria mínima, las peculiaridades de la anestesia obstétrica y la unidad de cuidados postanestesia.

Un indicador de evolución especialmente útil en la unidad de recuperación anestésica, es la reintubación endotraqueal no planeada, dolor excesivo, hemorragia con necesidad de transfusión, vómitos persistentes y la insatisfacción del paciente.

Para estudiar las evoluciones adversas después de la anestesia, el análisis de incidentes críticos es un método muy utilizado. Estos estudios en grandes series, han revelado el papel del error humano en la génesis de las complicaciones anestésicas. Aunque todos los aspectos del cuidado anestésico son susceptibles del error, la administración de fármacos y el control de la vía aérea son los de mayor relevancia.

Es interesante señalar que existen múltiples causas para una evolución adversa, pero los estudios proporcionan elementos sobre la evolución dinámica del error, es decir su combinación o que se produzcan en cadena y conducir entonces a la catástrofe o accidente.

Una monitorización adecuada según el estado previo del enfermo y el tipo de intervención siempre debe incluir electrocardiograma continuo, utilización correcta de los fármacos y actuación inmediata ante hemorragia, hipovolemia, arritmias, alteraciones de la oxigenación, del equilibrio ácido-base e hidroelectrolítico, entre los principales.

El principio básico de la vigilancia moderna de pacientes es el mismo: presentar información en un osciloscopio y documentarla en una impresora. No

obstante, la información que se requiere hoy en día, incluye más parámetros, curvas, valores medidos, alarmas, curvas de tendencias, textos alfanuméricos. El desarrollo de nuevos sistemas es una actividad industrial incesante, que mejora la capacidad para la vigilancia constante de nuevos indicadores y procesos en tiempo real, imprescindible durante todo el período perioperatorio. La mejoría del nivel de monitorización también ofrece información continua de los procesos y en consecuencia permite acceder a errores cometidos, por lo que a veces el sueño tecnológico, se transforma en pesadilla.

En las reclamaciones por errores médicos se ha intentado evaluar el papel potencial de algunas técnicas de monitorización, como la pulsioximetría y la capnografía, respecto a la prevención de catástrofes intraoperatorias y postoperatorias por eventos respiratorios que podrían ser detectados. Dichas evaluaciones fueron especulativas y sesgadas, pero no es menos cierto que si la información transmitida es asimilada, interpretada y empleada correctamente se puede disminuir la incidencia de errores, especialmente en el postoperatorio inmediato.

La tecnología existe y disponemos de ella para aprovecharla en función de nuestros objetivos, como herramienta integradora que evalúe y simplifique datos relevantes médicos para que los cuidados y la vigilancia postoperatoria sean más productivas. No hay dudas que existen innumerables recursos, pero se asumen metas más complicadas.

La asistencia médica de calidad sólo puede lograrse en la medida que exista una adecuada comprensión de los valores implicados y de los deberes que tienen las instituciones y los distintos profesionales de la salud. Es

imprescindible la presencia de directrices éticas prácticas, útiles para la toma de decisiones clínicas y la correcta aplicación.

El error médico siempre merece una larga y sincera reflexión, la presión psicológica a la que nos sometemos en la cotidianidad, no puede ser justificación para el diálogo entre todos los que nos encontramos inmersos en esta controvertida y apasionante forma de ejercer la profesión.

A medida que la sociedad reestructura su relación con la Medicina, es imprescindible demostrar la importancia de la seguridad del paciente. Conseguir este objetivo requiere establecer mecanismos útiles para evaluar los resultados, definir estrategias, vigilar nuestro rendimiento y aplicar medidas clínicas y administrativas para mantener los niveles alcanzados por la Anestesiología.

Referencias Bibliográficas.

1. López Rabassa SI, Sarah López Lazo S, Diez Sánchez Y, González Rodríguez G, Vilaplana Santaló CA. El error médico en la práctica anestésica médica. A propósito de un caso. Rev Cub Anest y Reanim 2007; 6(1).
2. Murphy JG, Steel A, Mcevoy MT, Oshiro J: Journal reporting of medical errors. Chest 2007; 131: 890-6.
3. Haller G, Stoelwinder J, Myles PS, McNeilJ. Quality and Safety Indicators in Anesthesia. Anesthesiology 2009; 110:1158_75.
4. - Van Vorst RF, Araya-Guerra R, Felzien M, et al: Rural Community Members' Perceptions of Harm from Medical Mistakes: A High Plains

Research Network (HPRN) Study. J Am Board Fam Med 2007; 20: 135-43.

5. Vallongo Menéndez MB, Cordoví de Armas L. Error humano y paro cardíaco intraoperatorio. Un problema actual? Rev Cub Anest y Reanim 2010; 9 (1)
6. Borel J, Sivanto M. Gestión de calidad en anestesiología. Rev Argentina Anest 2008; 66 (1): 71-82
7. González Pérez E, Fernández Clúa M, Jiménez Serrano M. Calidad en los servicios médicos en anestesiología: algunas consideraciones actuales Rev Cub Anest y Reanim 2011; 10 (1)