

EL ERROR Y LAS COMPLICACIONES PREOPERATORIAS

Dra. Georgina Sánchez Andújar.

Especialista de primer grado en Anestesiología y Reanimación.

Máster en Medicina bioenergética y natural.

Profesora Asistente

Hospital Pediátrico Provincial “Eduardo Agramonte Piña”

Camagüey.

Introducción. Es necesario para enfocarnos en el error preoperatorio recordar algunos conceptos básicos. Error: Acto humano relativo a no acertar o cometer un error, en este concepto está implícita la posibilidad de equivocarse al tomar una decisión a través de la aplicación de un criterio médico

- Juicio Falso
- Acción desacertada
- Diferencia entre un valor medido o calculado y el valor real.
- Equivocación de buena fe
- Concepto equivocado ⁽¹⁾

Se puede definir al *error médico* como una “conducta clínica equivocada en la práctica médica, por comisión o por omisión, como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio incorrecto”. ⁽²⁾ Al presentar este concepto se introducen análisis dos términos nuevos: *decisión* y *criterio*. Con sustento en lo mencionado, podemos decir que el riesgo de cometer un error será menor en cuanto mayores sean los conocimientos, las habilidades y la experiencia con las que cuente el médico, quien debe ejercer su criterio para tomar la mejor decisión. ⁽³⁾

latrogenia: Daño al paciente secundario a una indicación o acción médica o de un fármaco, sin ser intencional y crea un efecto nocivo a veces imprevisto pero siempre involuntario, de ocurrir es complicación del tratamiento.

Mala práctica: Como la responsabilidad profesional derivada del ejercicio inadecuado de la práctica médica, por incompetencia, impericia, negligencia o dolo.⁽⁴⁾

Los accidentes se presentan como consecuencia: de errores del personal de salud, falla de los equipos, al azar. El error humano puede suceder porque nuestros sentidos perciben mal la realidad, porque realizamos una interpretación intelectual errónea o porque hacemos una reconstrucción equivocada del saber. El error humano contribuye a incrementar el riesgo anestésico porque con frecuencia un percance que era leve en sus inicios puede conducirnos a un accidente o a una complicación fatal.

Objetivos. Nos proponemos revisar los conceptos y enumerar los errores preoperatorios a los que podemos enfrentarnos los anestesiólogos.

Desarrollo. Se define el error humano del anestesiólogo de 2 maneras: Es una FALLA la acción o falta de acción del anestesiólogo, no ocurre como se planeó. Es un ERROR la decisión que resulta en una acción o falta de acción del anestesiólogo está vinculada causalmente con un posible resultado adverso.

Se describe por el Dr. José Miguel Cárdenas Muñoz de la Universidad de Caldas de Colombia una cantidad de circunstancias que pueden contribuir a la ocurrencia del error en el Preoperatorio y a las cuales la ha denominado.

FACTORES ASOCIADOS.

- Falta de evaluación del paciente
- Falla al revisar los equipos
- Inadecuada experiencia
- Falta de conocimiento
- Prisa en la atención
- Falta de planificación del procedimiento
- Desatención o descuido

Es muy difícil describir los modos de error pero se reconocen una serie de incidentes más comunes que los anestesiólogos debemos reconocer y entender para facilitar el análisis de los eventos que llevan a un accidente anestésico en el Preoperatorio:

1. Omitir la completa evaluación preanestésica del paciente.
2. No consultar con los colegas.
3. No tener un plan de anestesia preconcebido.
4. Omitir la premeditación cuando ésta esté indicada.
5. No verificar los elementos necesarios para el acto anestésico.
6. No revisar la máquina de anestesia y los equipos de monitoria.
7. No preparar personalmente las drogas y rotular las jeringuillas. ⁽⁵⁾

Otros errores médicos frecuentes:

1º no priorizar los problemas de forma adecuada, por mala gestión del tiempo

2º no valorar el cumplimiento terapéutico del tratamiento

3º prescribir medicamentos sin tener en cuenta insuficiencia renal o hepática

4º mala técnica de la entrevista clínica

5º no dejar hablar al paciente

6º no integrar la información de que se dispone, procedente de otros niveles

7º indicación inadecuada de pruebas diagnósticas (por exceso o por defecto)

8º demora en la atención, diagnóstica o terapéutica

9º no seguimiento de protocolos en pacientes crónicos

10º anamnesis incorrecta o ausente. ⁽⁶⁾

La cirugía del lado equivocado es un ejemplo de error médico, debiendo distinguirla de la cirugía del sitio equivocado y del enfermo erróneo. La aparición reciente de varios estudios sobre el error médico impone un cabal conocimiento de su incidencia para tender a su prevención. Con el objetivo de analizar los reclamos judiciales por responsabilidad profesional médica vinculados a cirugías en el lado equivocado en Argentina se analizaron 8 reclamos motivados en cirugía del lado equivocado. En todos los casos se operó sobre el lado sano, o sea el lado contrario al que presentaba la patología. La calidad de la documentación médica fue regular. En todos los casos los cirujanos fueron hallados responsables de error grosero e inexcusable, originado en negligencia. Conclusiones. El informe de errores e incidentes debería constituirse en un adecuado instrumento de manejo de riesgo médico-legal ⁽⁷⁾. La correcta identificación de los pacientes sobre todo si son menores

o discapacitados mentales es de suma importancia en todo el personal que interactúa con el enfermo.

Un error preoperatorio que trae devastadoras consecuencias lo constituye la no correcta selección de los pacientes para el programa ambulatorio:

Aquellos procedimientos quirúrgicos realizables en mayor de 90 min, que requieran tecnologías altamente especializadas y cuidados postoperatorios complejos. Cirugías que se asocien a sangrado excesivo y gran intercambio de líquidos, con alta incidencia de complicaciones, así como con dolor importante.

Criterios médicos:

Pacientes con estado físico ASA III. Actualmente se aceptan pacientes ASA III, cuyas patologías agregadas se encuentren estables y que se considere que el procedimiento quirúrgico no las descompense. El paciente debe contar con los medios económicos para costear los fármacos que se usarán en orden de lograr una resolución más rápida de la anestesia.

Información del paciente La información del paciente un elemento clave de las relaciones contractuales paciente médico.

El objetivo de esta información es permitir al paciente que haga una elección fundamentada, para que pueda rechazar o aceptar el tratamiento propuesto.

La información en forma escrita no se exceptúa de una información verbal; ambas son complementarias y su contenido debe estar adaptado a la situación clínica.

La información debe ser sencilla, inteligible y fidedigna. Si bien no puede ser exhaustiva, debe permitir evitar cualquier malentendido y ayudar al paciente a comprender el objetivo médico perseguido y los procedimientos que se le

proponen. El contenido de la información es objeto de discusiones, pero debería incluir los siguientes elementos

- el enunciado esquemático de la intervención proyectada.
- la técnica anestésica propuesta y su descripción resumida.
- los incidentes y los accidentes potenciales.

- las modalidades de ayuno preanestésico: Haciendo una parada en este punto en 1848 apareció la descripción en Lancet de una muerte por broncoaspiración, en un paciente pediátrico, durante anestesia. A partir de este momento una gran cantidad de publicaciones demostraron que hasta un 30% de las muertes anestésicas se debían a esta causa. El ayuno prolongado, además de ser incómodo para el paciente pediátrico, no es inocuo. ⁽⁸⁾

En un artículo de el Dr. Manuel Galindo Arias Profesor de Anestesiología Fundación Universitaria San Martín, Coordinador Comité de Seguridad CLASA-SCARE analizaron en nueve años las demandas contra anesthesiólogos protegidos por un Fondo creado por la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación SCARE, en ese periodo 163 demandas fueron hechas. El estudio estuvo basado en 94 de ellas. Hicieron el análisis de eventos nocivos y de resultados adversos. Pienso que después del estudio y de la revisión que se ha hecho, de saber que uno de cada diez anesthesiólogos en Colombia ha sido demandado en los últimos nueve años y que la incidencia de demandas está aumentando, es suficiente argumento para que tomemos conciencia de que el riesgo sí es real. ⁽⁹⁾

Sobre un debate internacional el 5 de Agosto del 2009 le envió una carta el conocido anesthesiólogo brasileño Armando Fortuna a un anesthesiólogo

norteamericano sobre el tema y el Profesor Humberto Sainz consideró que también era de interés para nosotros y la reseñó en la Lista de Anestesiología, en ella planteaba el Dr. Armando Fortuna que en Brasil en el código de Ética y la Ley que define los deberes y actividades del Anestesiólogo, se señala que el es el único responsable por la decisión del método o técnica anestésica.

Conclusiones. Lo primero que tenemos que hacer es ser conscientes de que existe un riesgo real. Mientras esto no ocurra, nos parecerá que el tema "no es con nosotros", hasta que estemos involucrados en un caso específico. La buena práctica anestesiológica debe basarse en la prevención del error, tanto individual como el de sistema.

Referencia bibliográficas

1. Diccionario de la Real Academia Española, 22ª ed [sitio Web en Internet]. Madrid: Real Academia Española; c2000-01 [updated 16 Abr 2005; cited 1 Abr 2007] Available from: <http://buscon.rae.es/drae/>.
2. Aguirre-Gas H, Vázquez-Estupiñán F. Error médico. Eventos adversos. Cir Ciruj 2006; 74:495-503.
3. Saturno PJ. Seguridad del paciente: enfoques y métodos para su control y mejora. Rev. Conamed. 2005; 11:24-27.
4. Aguirre-Gas H, Zavala-Villavicencio J, Hernández-Torres F., Fajardo-Dolci G: Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional Cir Ciruj 2010; 78:456-462
5. Cárdenas Muñoz J, M. ¿Cuáles son los errores más comunes en anestesia pediátrica? En: Jaramillo J, Reyes G. Anestesiología

Pediátrica. Colombia: Sociedad Colombiana Anestesiología y Reanimación; 2003.p.105-112

6. Dr. C. Miguel Emilio García Rodríguez La Seguridad del paciente quirúrgico Ponencia. En: Curso Pre congreso XI CONGRESO CIRUGÍA 2010. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey octubre de 2010
7. Cirugía del lado equivocado: error quirúrgico e implicancias medico – legales. Rev. Argent. Cir. 2003; 84(5/6): 225-230.
8. Peralta-Zamora E: Controversias en el manejo anestésico para cirugía ambulatoria Revista Mexicana de Anestesiología. 2004; 27(1): 102-105 en <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2004/cmas041s.pdf>
9. Galindo M: Complicaciones anestésicas. Estudio preliminar. Rev. Col. Anest.1992; 20: 273-284.