

# EL ERROR MEDICO EN LA PREVENCION DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS

**Dra. Idoris Cordero Escobar**

**Especialista de Segundo Grado en Anestesiología y Reanimación.**

**Profesora e Investigadora Titular. Doctora en Ciencias. Hospital Clínico Quirúrgico**

**Hermanos Ameijeiras. Ciudad de La Habana, Cuba.**

**INTRODUCCIÓN.** La anestesia moderna aún se asociada con un alto riesgo de complicaciones graves.

El riesgo de muerte asociado con la anestesia está estrechamente relacionado con la edad del paciente y el estado físico. En los pacientes ASA I, el riesgo de muerte es aproximadamente 1:250,000. Los errores de medicación se producen aproximadamente en 1:1,000 procedimientos anestésicos. El riesgo de conciencia durante la anestesia general oscila en 1:650. Las lesiones neuronales por anestesia epidural y subaracnoidea es poco frecuente, aún en Obstetricia. La broncoaspiración pulmonar se presenta en aproximadamente 1:7,000 procedimientos anestésicos, pero con baja morbilidad en pacientes sanos. La incidencia de los accidentes en anestesia pediátrica es mayor en los lactantes que los niños mayores y requiere una competencia especial. <sup>1-5</sup>

Las complicaciones anestésicas más graves están relacionadas con el sistema cardiovascular y respiratorio.

Las complicaciones suelen ser multicausales y los errores humanos y los factores organizacionales contribuyen entre 50-70 % de las complicaciones. <sup>1</sup>

Para la Sociedad Australiana, la mortalidad anestésica es tan rara como una en 200.000 casos. <sup>2</sup>

La especialidad de Anestesiología ha adoptado una cultura de seguridad, con la cual se da lugar a muchas mejoras beneficiosas para los pacientes. Evitar el error, mejoró los resultados, con una disminución de las tasas directamente atribuible a la morbilidad. A pesar de estas tasas, todavía hay áreas en las cuales se puede mejorar.<sup>3</sup>

**Objetivo:** Hacer una puesta al día de las posibles causas de errores médicos en la prevención de complicaciones anestésicas.

**Desarrollo:** Los errores médicos causan en Estados Unidos entre 44,000 y 98,000 muertes cada año. Una gran parte de ellos relacionados con el error en el uso de medicamentos.<sup>4</sup>

Un total de 2.266 miembros de la Sociedad Canadiense de Anestesiología fueron abordados para conocer la incidencia de errores de medicación. Sorprendentemente 30 % de ellos admitieron que tuvieron alguna experiencia de más de un error en su vida. La Sociedad Japonesa de Anestesiólogos (JSA) investigó 27.454 procedimientos de anestesia durante un período de 8 años (1999 - 2007). Del total, 233 tuvieron algún tipo de error de medicación y 6,2 % fueron errores administrativos. En una encuesta realizada a los anestesiólogos en Nueva Zelanda admitieron que un total de 89 % de los encuestados, tuvieron algún tipo de error en algún momento de su vida. En una revisión retrospectiva de 2.000 procedimientos anestésicos en Australia, 144 fueron errores en la administración de medicamento equivocado. En un estudio en Noruega de 55.426 casos, 63 pacientes (0.11 %) se encontró un error en la administración de drogas, de los cuales 3 casos fueron clasificados como graves.

Van M Beuzekom, Boer, Akerboom y Hudson <sup>4</sup>, centraron la seguridad del paciente de forma individual, así como los factores de riesgo latente y propusieron mejorar la seguridad de los pacientes en la asistencia sanitaria. En este enfoque, la atención se centró en el individuo responsable de cometer un error. Una alternativa es el enfoque de sistemas centrados, en los que se presta atención a los factores organizacionales que crean los precursores de los errores individuales. Este enfoque asume que, dado que los seres humanos son falibles, los sistemas deben estar diseñados para evitar que los seres humanos cometan errores o ser tolerantes ante los errores. Las preguntas que plantea este enfoque podría, incluir por qué un individuo tendría lagunas específicas en sus conocimientos, experiencia o habilidad. El enfoque de sistemas se centra en las condiciones de trabajo y no en los errores de los individuos, ya que aumenta la probabilidad de errores específicos con condiciones desfavorables. Dado que los factores que promueven los errores no son directamente visibles en el entorno laboral, se describen como factores de riesgo latente, fallas de seguridad en la anestesia, en el resultado general, a partir de múltiples factores de riesgo desfavorable, por lo que se propone que las intervenciones efectivas requieren que se preste atención a las interacciones entre múltiples factores. Su comprensión, permitirá diseñar medidas de control más eficaces que un impacto significativo en el rendimiento individual y los resultados del paciente.

Por otra parte, los errores pueden ser clasificados como error de omisión o de comisión. Los errores de omisión se definen como el incumplimiento de una acción apropiada, mientras que los errores de comisión como la realización de una acción inapropiada.

En el mundo, existe la denominada *Lex Artis Médica*, conformada por un conjunto de normas, reglamentos, protocolos, que rigen la especialidad y buscan seguridad y calidad en la atención médica al paciente.<sup>11</sup> Esta Ley exige y describe los requisitos de:

- Un profesional idóneo
- Diagnóstico y terapéutica adecuadas y aceptadas
- Consentimiento informado escrito
- Deber objetivo de cuidados relativos según circunstancias.

Lex Artis es la condición en la que cualquier médico actuaría de igual forma cuando se dieran las mismas condiciones, admitiendo cierta desviación o riesgo permitido. Es una obligación de medios y no de resultados.

**Figuras culpables:** Ignorancia de los principios propios de la Lex Artis Médica.

**Negligencia:** Está dada por incumplimiento del deber, falta de precaución, omisión de la atención y diligencia debida y conducta por vía de omisión

**Impericia: Escasez** de conocimientos. Falta de práctica o experiencia a pesar de tener los conocimientos y estudios y puede ser por conductas activas o pasivas

**Imprudencia:** Acción temeraria o ligereza o falta de previsión inexcusable.

Varios factores existen en los quirófanos que dan lugar a una elevada incidencia de errores en la conducción de la anestesia. La falta de personal, horas extras y en horario extralaboral, falta de atención, falta de comunicación,

descuido, prisa y fatiga son los factores comunes relacionados con el personal médico y paramédico.

Muy a menudo los profesionales de la anestesia se han comparado con los pilotos comerciales debido a que ambos se enfrentan a una alta incidencia de accidentes tanto en el despegue (inducción de la anestesia) y el aterrizaje (recuperación de la anestesia), pero esto no siempre es cierto. El quirófano es mucho más complejo de lo que está en una aviación comercial puesta a punto. La industria de la aviación adoptó una cultura de seguridad definitiva, mientras que los profesionales de la anestesia tienen una barrera de actitud a la seguridad.

Ambos, accidentes e incidentes en la industria de la aviación se toman como una oportunidad para rediseñar el sistema falla por lo tanto, tienen bien desarrollada una estrategia que retroalimenta el sistema de información, mientras que un accidente durante el período de la anestesia a menudo no se informa por temor a ser culpados por el descuido, el olvido y a veces por debilidad de carácter.

Con mucha frecuencia, el número de personas involucradas en un accidente aéreo es mucho mayor que la relacionada con la anestesia, por lo tanto, los accidentes de avión captan la atención y la respuesta rápida.

Aunque las muertes debido a errores de procedimientos anestésicos son mucho mayores en número; son esporádicos, repartidas en un período largo y los que no comprometen la vida, no reciben atención inmediata pasan inadvertidos.<sup>5</sup>

**Conclusiones:** A pesar de los esfuerzos, la utilización de altas tecnologías, estándares en monitoreo invasivo y no invasivo en anestesia y cuidados

intensivos, los errores de medicación se siguen produciendo incluso en los mejores centros del mundo. Se preconiza que la simple vigilancia, los protocolos estandarizados y pensar antes de actuar son los factores clave para evitar la ocurrencia de errores de medicación en anestesiología.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA**

1. Fasting S. Risk in anaesthesia. Tidsskr Nor Laegeforen 2010 11;130(5):498-502.
2. Cañas M, Moreno R, Rhodes A, Grounds RM. Patient Safety in Anesthesia. Anesthesiol Minerva 2010;76 (9):753-7.
3. Merchant R, Bosenberg C, Brown K, Chartrand D, Dain S, Dobson J M et al. Guidelines to the Practice of Anesthesia Revised Edition 2010. Can J Anaesth 2010;57(1):58-87.
4. Van M Beuzekom, Boer M, S Akerboom, Hudson P. Patient safety: latent risk factors. Br J Anaesth 2010; 105 (1) :52-9.
5. Cohen SP, Hayek SM, Datta S, Bajwa ZH, Larkin S, Griffith TM et al. Incidence and root cause analysis of wrong-site pain management procedures: a multicenter study. Anesthesiology 2010;112 (3):711-8.