

PROPUESTA PARA LA VERIFICACION DE UNA LISTA DE PROCEDIMIENTOS BASICOS EN ANESTESIOLOGIA

Sr. EDITOR:

Algunos hechos llaman poderosamente la atención en la práctica actual de la anestesiología.

- Se considera una especialidad de alto riesgo desde el punto de vista médico legal.¹
- Diferentes autores la consideran como notablemente segura (sin embargo).
- Las causas de morbilidad ligadas a la anestesia, (en un 80%) son originadas por errores humanos: fatiga, prisa, exceso de confianza, etc.
- El equipo utilizado ocupa el segundo lugar como causa de accidente en anestesia.²

El Dr. Fortuna agrega a lo anterior la deficiente evaluación del paciente.³

Evidentemente resulta necesario adoptar medidas tendientes a disminuir las posibilidades de error humano o mal funcionamiento del equipo.

Que los procedimientos utilizados para devolver la salud a los enfermos constituyen un riesgo es indudable, pero no se puede abusar de este hecho como justificante de apatía o ignorancia.

Así entendemos como riesgo anestésico “a la posibilidad de daño o lesión trans o durante la actuación profesional especializada del anestesiólogo, en cualquiera de sus áreas de competencia”.⁴

Este riesgo puede ser interpretado como morbilidad y mortalidad inevitable ligadas a la práctica clínica de la anestesiología.

Los Drs. Vila Sánchez e Ibañez (Ibidem) proponen un esquema, donde se muestra claramente los factores que inciden sobre el paciente como agentes patógenos posibles dentro de una cadena epidemiológica; similares en su capacidad de producir daño o lesión, hecho importante pero difícilmente reconocido. En general son tres: la estructura hospitalaria, la cirugía y la anestesia.

Se han recomendado medidas específicas para tratar de evitar en lo posible la actuación de dichos agentes.

El departamento de anestesia de la Universidad de Harvard estableció en 1986 ciertas normas de monitorización mínimas durante la conducción de la anestesia, adoptadas posteriormente por la A.S.A.

La misma A.S.A. en 1987 propone una revisión de 24 puntos con varios incisos cada uno, para aplicarse a la máquina de anestesia.⁵

También, y desde 1978 se ha venido aplicando la técnica del incidente crítico durante el transanestésico, intentando descubrir posibles causas de mortalidad.⁶

¿Qué ocurre mientras tanto en México, sobre todo en el medio extrainstitucional?

En un artículo del Dr. Oscar Sierra Alvarez denominado: Monitoreo no invasivo técnicas actuales, se menciona la forma en que el anestesiólogo privado resuelve sus carencias tecnológicas;⁷ el mismo anestesiólogo que tampoco se ocupa, en muchos casos, de pre-consultar al paciente que va a anestesiarse, en hospitales sub-equipados humana y tecnológicamente hablando. La situación resulta dramática en muchos casos, por ejem., la administración de medicamentos se continúa confiando exclusivamente al buen juicio del quien los administra; este “buen juicio” se deteriora por el trabajo excesivo y por la indolencia.

Por otro lado, existe una creciente preocupación por la expresión matemática de datos, por la aparición de índices y escalas en las diferentes especialidades médicas de las que la anestesiología no constituye una excepción. La memoria estadística cobra cada día mayor importancia.⁸

Relacionando los hechos citados entre sí, podemos concluir que es necesario modificar la cadena epidemiológica en anestesia, con los objetivos de disminuir a su mínima expresión la morbilidad atribuible a la práctica clínica de la especialidad; y de contar con información codificable que ayude a mejorar nuestra actuación e inclusive sirva como apoyo legal en determinadas circunstancias.

La forma que propongo, es la de adoptar una lista de procedimientos (fig. 1), similar a la que se utiliza en la verificación de aviones antes del vuelo, esto prevendría errores humanos, mal funcionamiento del equipo y de paso detectaría carencias físicas y humanas en la estructura hospitalaria.

Este registro de inspección debiera ser seguido cuidadosamente y en forma rutinaria antes de toda intervención quirúrgica, así, en caso de no cumplirse con los requerimientos mínimos, el anestesiólogo ejercerá su derecho a negarse a anestesiarse un paciente insuficiente estudiado, en un hospital que no cuente con los recursos humanos suficientes y que su equipo constituya un verdadero peligro para la seguridad del enfermo y la suya propia. Como se hace en el resto del mundo.

REFERENCIAS

1. BARRIENTOS BAEZ G, PÉREZ TAMAYO L, ALVARADO HERNÁNDEZ H. *Aspectos legales de la Anestesiología*. Rev. Mex. Anest. 1989; 12:26-36.
2. VILLA SÁNCHEZ M, DE ANDRÉS IBÁÑEZ J A. *Morbimortalidad en la práctica clínica de la Anestesiología Reanimación*. Rev Esp Anest Reanim, 1987; 34:196-205.
3. A FORTUNA. *Causas de muerte en Anestesiología. Carta al editor*. Rev Esp Anest Reanim 1988; 36:113.
4. VILA SÁNCHEZ M, DE ANDRÉS IBÁÑEZ J A. *Epidemiología en Anestesiología y Reanimación: una asignatura pendiente en España*. Rev Esp Anest Editorial 1987; 34:
5. SOCIEDAD AMERICANA DE ANESTESIOLOGÍA. *Recomendaciones para la revisión del aparato de Anestesiología*. Trad. Dr. J. Antonio Aldrete, Luis Manuel Franco Gutiérrez. Rev Mex Anest 1987; 10:176-177.
6. HERRERA-GONZÁLEZ A Y COL. *Normas de Monitorización mínimas en Anestesia, una necesidad apremiante*. Rev Esp Anest Reanim 1990; 2: — Carta al Editor —.
7. SIERRA ALVAREZ O. *Monitoreo no invasivo técnica usuales*. Anestesia en México. 1989; 1:2.
8. MONSEGUR CASTILLO J. *Índices y Escalas en Anestesiología y Reanimación*. Rev Esp Anestiol Editorial: 1988; 36:67.

MOISES MENDOZA CERVANTES

Anestesiólogo Adscrito.

Servicio de Anestesiología.

Hospital Universitario de Puebla.

7 Norte 5601, Puebla, Pue. México, C.P. 72000.

LISTA DE PROCEDIMIENTOS BASICOS EN ANESTESIOLOGIA — LISPROBAAN — HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUEBLA, 1990.

PACIENTE: _____	FECHA: _____	No. DE EXP. _____
¿Identificó al paciente?	SI NO	Termómetro ()
¿Ayuno de ocho hrs.?	SI NO	Estetoscopio esofágico — en su caso — ()
¿Nota pre-anestésica?	SI NO	Succión conectada y a la mano ()
¿Nota de Interconsulta? — en su caso —	SI NO	Posiciones básicas de la mesa de operaciones ()
¿Se premedicó al paciente?	SI NO	Monitores electrónicos ()
¿Venoclisis permeable?	SI NO	Equipo de bloqueo — con bata — (en su caso) ()
¿Se cuenta con sala de Recuperación/UCI?	SI NO	MEDICAMENTOS
MAQUINA DE ANESTESIA		Inductores ()
¿Suministro de oxígeno central?	SI NO	Relajantes musculares ()
— En caso de cilindro — ¿se encuentra lleno?	SI NO	Simpaticomiméticos ()
¿Existe otro cilindro de repuesto?	SI NO	Antiarrítmicos ()
¿Mangueras corrugadas en su sitio?	SI NO	Soluciones: Cristaloides/coloides ()
¿Y griega y pieza de ángulo?	SI NO	Vasopresores ()
¿Válvula de rebosamiento funcionando?	SI NO	Anestésicos locales ()
¿Depósito de cal soldada lleno?	SI NO	Varios: Punzocat, equipos de venoclisis, cateteres ()
¿Verificó textura, color, humedad de la cal?	SI NO	centrales, etc.
Sustituyó la cal y cambió la etiqueta con fecha?	SI NO	RECOMENDACIONES
¿Verificó el sellado del depósito?	SI NO	Auxiliase de un ayudante — anestesia pediátrica y alto riesgo —
¿El vaporizador cuenta con etiqueta de calibración? — menos de un año —	SI NO	Administre los medicamentos diluidos y lentamente.
¿El dial, del vaporizador, se deliza fácil?	SI NO	Verifique puntos de presión excesiva en el cuerpo del paciente.
¿Llenó el depósito del vaporizador?	SI NO	Ojos y conductos auditivos del paciente, sellados.
¿El vaporizador está conectado en dirección correcta?	SI NO	Cada 5 minutos, por lo menos, verifique TA. FC. Pulsos periféricos, amplitud de la ventilación, suministro de oxígeno.
¿El flujómetro de O ₂ se abre fácilmente?	SI NO	Mantenga contacto verbal con el paciente — cuando esto sea posible —
¿Funciona la válvula de llenado rápido?	SI NO	Detecte posibles obstrucciones del tubo orotraqueal.
EQUIPO BASICO ()		Cuantifique líquidos, diuresis y cantidad de relajantes.
Laringoscopio con dos hojas — funcionando	()	NO ABANDONE NUNCA LA SALA DE OPERACIONES,
Tubos endotraqueales — verificar globos—	()	MIENTRAS EL PACIENTE ESTE ADENTRO.
Guía de sondas — flexible—	()	
Conectores rectos y curvos — 1 para /tubo—	()	
Mascarilla de tamaño adecuado	()	
Bolsa de reinhalación	()	
Sistema Bain completo — en su caso	()	
Baumanómetro y dos estetoscopios	()	
Colchón térmico — en su caso—	()	