



CONFERENCIAS MAGISTRALES

 Vol. 30. Supl. 1, Abril-Junio 2007
 pp. S71-S74

Seguridad en anestesiología: ¿Qué hay de nuevo?

Dr. Manuel Galindo-Arias

 Universidad Nacional de Colombia
 manuelgalindo33@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

Se considera que la anestesiología es una especialidad en la cual, precisamente por tener que hacer frente al riesgo, debido a que empleamos técnicas y drogas que tienen el peligro potencial de ocasionar daño, incluso la muerte, quienes se han dedicado a ella a lo largo de más de siglo y medio, han tenido que hacer esfuerzos para que su práctica sea lo más segura posible. Esto es particularmente notorio en las últimas décadas.

Dentro de los avances que han permitido obtener resultados interesantes a nivel mundial en seguridad, se puede mencionar la normatización en monitorización, las normas, guías o estándares de las sociedades científicas, los simuladores y algunas publicaciones dedicadas exclusivamente al tema, como el Boletín de la Anestesia Patient Safety Foundation de los Estados Unidos, que se publica cada tres meses.

En esta conferencia haremos un breve recuento del riesgo en anestesia; comentaremos luego sobre los últimos aspectos que en materia de normas de seguridad se han implementado recientemente en la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología CLASA; terminaremos esbozando algunas recomendaciones prácticas para mejorar la seguridad en nuestro ejercicio.

MORBILIDAD, MORTALIDAD Y DEMANDAS

La anestesiología era una de las especialidades médicas que figuraba como con mayor número de demandas. Gracias a los esfuerzos mencionados anteriormente, la incidencia de demandas contra anestesiólogos ha disminuido. Esto se refleja en la disminución en el valor de la póliza que tienen que pagar los anestesiólogos norteamericanos por su seguro de mala práctica. En Colombia, la anestesiología, después de estar en los primerísimos lugares, es hoy la octava espe-

cialidad más demandada. Las principales causas de problemas se relacionan con el sistema cardiovascular (31%), el sistema respiratorio (30%) y el sistema nervioso periférico (15%). Y los resultados adversos más frecuentes son la muerte (46%), el daño cerebral (20%) y la lesión a nervio periférico (13%)⁽¹⁾. Las cifras reportadas en el estudio de casos cerrados de la Asociación Americana de Anestesia ASA muestra, respecto al accidente o mecanismo, una tasa mayor de eventos respiratorios (23%), seguido de problemas con bloqueos regionales (15 %), eventos en el sistema cardiovascular (13 %), o relacionados con el equipo de anestesia (10%). En el mismo estudio, los principales eventos adversos son la muerte (29%), el daño a un nervio (18%), daño cerebral (12%) y trauma a la vía aérea (6%)⁽²⁾.

Las muertes causadas por la anestesia aparentemente han decrecido con el tiempo. Los Drs. Beecher y Todd reportaron en 1954 una incidencia de 3.7 muertes por 10,000 procedimientos⁽³⁾. Keats escribió que durante los años treinta y hasta los setenta la tasa de mortalidad se mantuvo por el orden de uno en 10,000 anestesias. Lunn registró en 1987 la cifra de una muerte en 187,000 casos⁽⁴⁾. Por otra parte, Eihhorn encontró que antes de 1985 era de uno en 65,000, para reducirse a uno en 310,000 después de ese año⁽⁵⁾. Es interesante sin embargo ver cómo Robert Lagasse publicó en 2002 los resultados de un análisis crítico de la literatura, mostrando que la mortalidad en nuestra especialidad no se había reducido tanto como se dice⁽⁶⁾.

Lagasse, además de la revisión exhaustiva de la literatura que hizo sobre mortalidad en las últimas décadas, para llegar a la conclusión mencionada, él hizo su propio estudio de mortalidad. Encontró que la aparente reducción que muchos predicen no es tan real. Ello es producto de una interpretación errónea, o de un enfoque equivocado cuando se hacen las comparaciones. Quizás la mejor manera de explicar las diferencias es que muchos estudios reportan solamente una parte de la realidad.

Contrariamente, Jeffrey Cooper y David Gabba aseguran que la mortalidad hoy es mucho más baja que hace algunos años, razón por la cual nuestra especialidad es un modelo de seguridad para los pacientes⁽⁷⁾. La discusión sobre este tema se suscitó luego que el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) afirmó que, de acuerdo a la caída de la mortalidad de dos por 10,000 anestesias en los años ochenta a uno por 300,000 en los noventa, la anestesia es un modelo de seguridad⁽⁸⁾.

Lagasse insiste en que la aparente mejoría en las cifras es el producto de una lectura equivocada de los estudios. En otras palabras, de unos estudios a otros, se están observando diferentes partes de la misma realidad. Es así como en el artículo escrito por Eihhorn⁽⁵⁾, él solamente se refiere a pacientes programados, estado físico I y II, habla de muertes ocurridas en salas de cirugía y el estudio se hizo dentro de los reportados a compañías de seguros de mala práctica. De manera que no se consideraron a pacientes ASA II, IV o V, ni a pacientes de urgencias; tampoco se tuvieron en cuenta muertes ocurridas en el área de recuperación y la muestra no es representativa de la población general. Si se hubiesen considerado los segmentos excluidos, sin ninguna duda habrían encontrado unas cifras de mortalidad muy parecidas a las que halló Lagasse en sus investigaciones: una en 14,000 y no la que se le dijo al mundo de una en más de 300,000 anestesias.

Cooper, por otra parte, piensa que sí hemos mejorado sustancialmente y que merecemos ser calificados como modelo de seguridad. Él y Gabba, en el mencionado Editorial⁽⁷⁾, enfatizan los esfuerzos de las sociedades científicas de nuestra especialidad y el papel de las normas y estándares en la alta calidad de la atención que se ha logrado, lo que implica mayor seguridad para los pacientes. Es notable la gran utilidad de la Fundación para la Seguridad en Anestesia y el Proyecto del Estudio de Casos Cerrados de ASA, como herramientas para optimizar el cuidado a los pacientes. Hoy los anestesiólogos tienen mejores drogas, un equipamiento muy completo y los conocimientos, el entrenamiento a los residentes es igualmente de mejor calidad. En Colombia todo esto ha mejorado y nuestras normas mínimas, que son las mismas de la CLASA (Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesia), las que se actualizan con frecuencia, han contribuido a ello. Hemos sido pioneros en este tema, la primera edición de ellas apareció en 1984, antes de los estándares iniciales de ASA⁽¹⁰⁾.

En lugar de creer que uno de los dos bandos está equivocado, consideramos que cada uno de ellos tiene parte de la verdad⁽¹¹⁾. No tenemos que ser tan optimistas para creer que hemos alcanzado la cima, ni tan pesimistas para considerar que no ha habido progreso, cuando tenemos que enfrentarnos con pacientes cada vez más ancianos, con más patologías y para procedimientos más exigentes técnicamente.

Pero la realidad es que la mortalidad general por anestesia no es de 1:300,000. Esto puede ser cierto en selectos grupos de pacientes y en condiciones ideales. Pero la mortalidad general relacionada a la anestesia es, aún en los mejores sitios, de 1:14,000⁽⁶⁾.

Las complicaciones en anestesia significan que se pierden muchas vidas humanas, cuyo valor es enorme. Adicionalmente, ello representa ingentes pérdidas económicas, además de riesgos para los médicos y para las instituciones, por la posibilidad de demandas. En nuestro país, uno de cada nueve anestesiólogos ha sido demandado en los últimos diez años.

¿QUÉ HAY DE NUEVO EN LAS NORMAS MÍNIMAS DE CLASA?

Mencionaremos los cambios destacables que han sufrido estas normas en los últimos dos años⁽¹³⁾:

- La capnografía es un elemento de monitoreo básico en todo paciente sometido a anestesia general.
- Alarmas y monitores.

Durante todo el tiempo que dure el procedimiento anestésico, los monitores deben permanecer prendidos, con las alarmas activadas y con el volumen adecuado para que puedan ser escuchadas parágrafo: Se considera práctica peligrosa desconectar o silenciar las alarmas sin una justificación expresa, tanto en el quirófano como en la UCPA, mientras el paciente esté bajo el cuidado de un anestesiólogo.

- Equipo mínimo para el manejo de vía aérea.

Toda institución hospitalaria debe tener disponible las 24 horas un carro de vía aérea, móvil, con los siguientes elementos:

1. Hojas de laringoscopio curvas y rectas de diferentes tamaños, incluidas pediátricas
2. Bujías o guías
3. Máscaras laríngeas de diferentes tamaños, incluidas pediátricas
4. Equipo para practicar cricotiroidotomía por punción o percutánea

Es altamente recomendable disponer de una máscara laringea tipo Fastrach.

Además, en el tercero y cuarto nivel debe contarse con un fibrobroncoscopio. Es deseable disponer de elementos para practicar intubación retrógrada.

- d) El paciente que sale de sala de cirugía debe ser transportado a la UCPA o a la Unidad de Cuidados Intensivos por el anestesiólogo general
- e) En toda institución hospitalaria debe existir un sitio en donde se haga el cuidado postanestésico de todos los

pacientes que hayan recibido anestesia general o regional, llamado UCPA, bajo la responsabilidad de un anestesiólogo cuyo nombre debe estar escrito en la UCPA, mientras exista algún paciente ahí. Debe establecerse por escrito en la UCPA, un mecanismo ágil de contacto con ese anestesiólogo responsable (celular, walkie-talkie o similares)

MANEJO DE CRISIS

Ya hemos esbozado algunas estrategias encaminadas a evitar que ocurran accidentes. Comentaremos ahora algunas otras dirigidas a prepararnos para actuar cuando sobreviene una crisis que amenaza a nuestro paciente. Gabba adoptó de la aviación al campo de la medicina, en especial a la anestesiología⁽¹⁴⁾, el método denominado «Manejo de los Recursos en las Crisis» (Crisis Resource Management CRM). El principio del método es preparar todos los recursos humanos y físicos, habilidades, capacidades y actitudes, para el mejor enfoque de las crisis y detectar los errores tan pronto como sea posible, con el fin de corregirlos a tiempo. Esto fue discutido ampliamente durante el Congreso Europeo efectuado en Viena en mayo de 2005⁽¹⁵⁾. La siguiente es la lista de los puntos clave de esta metodología:

1. Conocer el medio ambiente
2. Anticipar y planear
3. Pedir ayuda tempranamente
4. Ejercer el liderazgo y el «coequiperismo»
5. Distribuir el trabajo
6. Movilizar todos los recursos disponibles
7. Comunicarse efectivamente
8. Utilizar toda la información disponible
9. Prevenir y manejar los errores de fijación
10. Chequeo cruzado o doble
11. Utilizar ayudas cognoscitivas
12. Re-evaluar repetidamente
13. Utilizar un buen equipo de trabajo
14. Fije la atención de la manera más sabia posible
15. Establezca prioridades dinámicamente

Cada uno de los puntos relacionados se explica por sí mismo. Alguien puede pensar que son cosas obvias, que es trivial hablar de esto. Sin embargo, Rall asegura que aplicándolos en talleres de simulación se logran importantes cambios en la práctica cotidiana de las personas⁽¹⁶⁾. Es necesario que cada anestesiólogo piense cómo aplicarlos en su trabajo; que trate de identificar problemas específicos por los que haya pasado o que haya visto en su hospital; que haga el ejercicio y determine cómo puede mejorar su desempeño poniendo en práctica estos puntos, que detecte los obstáculos que puede tener en la vida laboral para poner en práctica el método.

Hay características especiales que tiene el ejercicio de la anestesiología, que en algunas circunstancias pueden ser factores importantes para la inducción de accidentes:

- a) Fatiga
- b) Horas excesivas de trabajo
- c) Estrés
- d) Aburrimiento

Tenemos que hablar con los directores médicos y con los gerentes, en la búsqueda de la corrección de unos horarios o calendarios laborales que colocan una carga laboral excesiva en algunos especialistas.

Vale la pena destacar dos aspectos que se relacionan con la lista de puntos clave: la ergonomía y la comunicación. Sobre el primero, hay que decir que un anestesiólogo que trabaja incómodo, con poca luz, que no tiene a la vista y a la mano lo que debe, que se ve forzado a adoptar posiciones de estrés muscular, tiene más posibilidades de cometer errores. El otro aspecto es la comunicación. Ya mencionado, amerita un énfasis especial, ya que no basta tener el deseo de expresar algo: tenemos que asegurarnos que el mensaje es el correcto, que se entendió por parte de nuestro interlocutor y que se tradujo en una acción efectiva.

Finalmente, los departamentos y los servicios de anestesia deben crear la cultura del reporte de incidentes y de accidentes. Estas instancias, igual que las sociedades científicas, deben insistir en actividades educativas en general, y particularmente en temas de seguridad. De esta manera, si la mayoría de los accidentes que llevan a demandas están relacionados con el aparato respiratorio y el cardiovascular, es aconsejable insistir en estas áreas, en los algoritmos, pero también en las habilidades y en los elementos necesarios para enfrentar las dificultades que con más frecuencia se pueden presentar (equipo de vía aérea y su manejo, drogas y elementos para manejar las complicaciones).

CONCLUSIONES

A pesar del innegable progreso de nuestra especialidad, las muertes por anestesia continúan siendo una amenaza. La mortalidad aún es importante numéricamente. El error humano está presente en un alto porcentaje de complicaciones. Las características especiales del ejercicio facilitan en ocasiones que ocurran accidentes.

Por lo anterior, necesitamos ser conscientes que todas las precauciones que tomemos no son excesivas, si con ello podemos evitar un desenlace fatal.

Fundamental para saber cómo está nuestra práctica, individual y como grupo, es reportar los incidentes y los accidentes. Hacer reuniones para analizar los casos y tratar de

identificar las fallas del sistema que llevan a errores. No buscar personas culpables.

Como en el momento en que se presente la crisis «no hay tiempo para pensar», debemos prepararnos con anticipación para esos momentos difíciles. Todos los miembros del grupo deben entrenarse para enfrentarlos, con una metodología como la de CRM.

Por último, como grupos y como sociedades científicas, tenemos que hablar con los directores médicos, con los gerentes y con las autoridades gubernamentales, procurando mejores condiciones para los anestesiólogos. La fatiga, el exceso de trabajo y la falta de comodidad y de condiciones ergonómicas son causas potenciales de accidentes.

REFERENCIAS

1. Galindo M. Morbimortalidad por anestesia en Colombia (Anesthesia Morbimortality in Colombia). Rev Col Anest 2003;31: 53- 61.
2. Caplan RA. The ASA closed claims project: Lessons learned. 56th Annual Refresher Course Lectures and Basic Science Reviews. The ASA, Atlanta, October 2005.
3. Beecher H, Todd D. A study of deaths associated with anaesthesia and surgery. Ann Surg 1954;140:2-34.
4. Lunn JN, Devlin HB. Lessons from the confidential enquiry into perioperative deaths in three NHS regions. Lancet 1987;2:1384-6.
5. Eichhorn JH. Prevention of intraoperative anaesthesia accidents and related accidents through safety monitoring. Anesthesiology 1989;70: 572-7.
6. Lagasse R. Anaesthesia safety: Myth or model? Anesthesiology 2002;97:1609-17.
7. Cooper J, Gabba D. No Myth: Anesthesia is a model for addressing patient safety. Anesthesiology 2002;97:1335-37.
8. Committee on Quality of Health Care in America-IOM: To Error is Human: Building a Safer Health System. Edited by Corrigan J, Donaldson M. Washington, National Academy Press, 1999:241.
9. Normas Mínimas de Seguridad en Anestesia (Anaesthesia Standards in Colombia). En: Comités Científicos Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. En: Información Científica gremio de la Salud. En: www.scare.org.co
10. Galindo M. Mantenimiento de los equipos de anestesia (Maintenance of the Anaesthesia equipment). Rev Col Anest 1985;13:67-70.
11. Galindo M. Seguridad en anestesia (Safety in Anaesthesia). Editorial. Revista Colombiana de Anestesiología 2005;33: 83-84.
12. Gabba D. Human error in anesthetic mishaps. International Anesthesiology Clinics 1987;27:137-147.
13. CLASA-Comité de Seguridad. Normas Mínimas de Seguridad en Anestesia- 2006. www.clasa-anestesia.org
14. Gabba DM, Fish KJ, Howard SK. Crisis management in anaesthesiology. New York: Churchill Livingstone, 1994.
15. Rall M, Dieckmann P. Crisis resource management to improve patient safety. Vienna Euroanesthesia refresher Course Lectures 2005;17RC1:107-112.
16. Rall M, Gabba D. Human performance and patient safety. In: Miller's Anesthesia: Philadelphia: Elsevier Churchill Davidson Livingstone, 2005:3021-72.

