

OPINIÓN DEL EXPERTO

Vol. 33. No. 4 Octubre-Diciembre 2010
pp 228-232

Calidad, seguridad y ética en la práctica de la anestesiología

«Programa de cirugía segura»

Dr. Arturo Silva-Jiménez*

* Jefe del Servicio de Anestesiología, Hospital Central Norte. Petróleos Mexicanos

Solicitud de sobretiros:
Dr. Arturo Silva-Jiménez.
E-mail: arturo.silva@pemex.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en
<http://www.medigraphic.com/rma>

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente no es un problema nuevo ni desconocido, sólo requiere de mayor atención para enfocarlo como un punto estratégico del trabajo institucional y privado y de cada uno de los que trabajamos en el sistema de salud; por ello consideramos que se requiere, de todos los que estamos involucrados y juntos, realizar esfuerzos para lograr estandarizar y sistematizar esta forma de ser, generar una cultura de seguridad para el paciente y obtener resultados favorables.

Revisemos un poco de la historia de esta tan importante temática: los primeros reportes de eventos adversos se efectuaron en los años 1950-60. Dichas revisiones hacían énfasis en los problemas secundarios a la atención médica bajo una mirada de minimización del actuar del prestador de servicios, entiéndase: médico, camillero, enfermera o administrador.

La existencia de este problema se puso en franca evidencia pero ya con un amplio reconocimiento en 1991; con un reporte del NEMJ 1991, en Harvard, se señalaban las debilidades de los sistemas de atención en las Unidades

de Cuidados Intensivos, donde se encontró un número significativo de errores que condicionaban mala evolución o serias complicaciones.

Australia siguió con un reporte contundente en el Medical Journal de Australia de 1995 donde hacía eco a otros trabajos del Reino Unido y los Estados Unidos de Norteamérica reportados en el Br. Medical Journal en el 2001. Estos estudios, enfocados también al área quirúrgica y a los cuidados intensivos, dejaron ver los riesgos que se tenían al requerir de atención en este tipo de Unidades, donde la cantidad de acciones efectuadas por el personal iban en función de la gravedad del paciente.

Finalmente, el trabajo publicado por la Academia Nacional de Ciencias Médicas de los Estados Unidos de Norteamérica en 1999 denominado «To err is human», fue la «punta de lanza» para que tanto los médicos como el público en general pusieran énfasis en la seguridad del paciente respondiendo a una alarma que ya se había encendido y a la cual se le daba poca importancia.

Con base en el conocimiento y difusión de estos antecedentes, ha crecido la conciencia al respecto del problema, aun en países donde la seguridad del paciente no era una prioridad. De esta manera, en el 2002 los países miem-

bro de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OECD, por sus siglas en inglés), incluido México, firmaron un documento en el que se comprometen a enfrentar el problema en forma seria. En el reporte original de la convocatoria se señala que el 4% de los pacientes hospitalizados sufren algún daño en el hospital y el 70% de estos eventos adversos tuvieron cierto grado de secuelas y serias repercusiones económicas, con un 14% de eventos letales. Otras estadísticas colocan a los *errores médicos* como causantes de más muertes que los accidentes en automóviles y el cáncer de mama.

También se ha descrito, que los errores se incrementan en forma inversamente proporcional a la organización de los países y sistemas de salud, con un costo importante para dicho sistema (en Estados Unidos de Norteamérica el gasto por efectos adversos derivados tan sólo en errores en la prescripción de fármacos alcanzó los 3.5 billones de dólares en el año 2006; para Gran Bretaña, el costo de los eventos adversos fue de 2,900 millones de libras en el 2003), además de la pérdida de confianza y satisfacción de pacientes.

El problema es mayor de lo que a simple vista se cree, ya que la seguridad del paciente se encuentra en riesgo en los hospitales, tanto en los servicios diversos de hospitalización, Unidades de Cuidados Intensivos, quirófanos, consultorios médicos, farmacias, centrales de enfermería, como fuera de éstos.

En un análisis de las causas de la existencia de errores médicos o de alteración en la seguridad del paciente se ha encontrado que está en relación con:

- Pobre estado de la infraestructura del sistema de salud.
- Mala calidad del equipo y de los medicamentos.
- Deficiencia en manejo de infecciones y desechos.
- Mala capacitación del personal.
- Baja motivación.
- Insuficiencia de habilidades para mejorar.
- Bajo financiamiento para estos programas.

La falta de mecanismos de identificación, medición y análisis de los eventos adversos son otros factores que influyen en la ausencia de acciones para incrementar la seguridad, en los cuales se requiere:

- Crear un ambiente de calidad y seguridad para los pacientes, que incluya cuando menos:
- Personal altamente capacitado.
- Equipamiento completo y seguro.
- Manual de normas y procedimientos.
- Guías para la seguridad del paciente quirúrgico.
- Uso seguro de medicamentos.
- Control de infecciones.

Promover que todos los actores de la salud tengan:

- Alto nivel de comprensión del problema y sus repercusiones.
- Manejo multidisciplinario del o de los problemas.
- Evaluación de los riesgos.
- Búsqueda de metas a largo plazo dentro de un sistema de mejora continua.

La identificación de problemas relacionados con la seguridad del paciente deben seguirse a la brevedad de un análisis multidisciplinario enfocado a la identificación de las causas de los errores y de los daños y secuelas, y con ello establecer una línea de acción específica que deberá ser comunicada ampliamente a todos los actores involucrados, vigilando que se tenga comprensión del problema que condicione la realización; en su caso, de capacitación y desarrollo de competencias del 100% de dominio, que deberán aplicarse y vigilarse a través de indicadores que retroalimenten a toda la cadena de trabajo y así se establezca un procedimiento seguro y confiable.

Con este tipo de acciones nos acercamos a la meta de crear una cultura de seguridad del paciente, donde se incluye a todo el personal que trabaja en la atención médica, tanto en el área quirúrgica y hospitalización, como en consulta externa, donde la aplicación de una política no punitiva ante los errores obligue a la documentación de todos los eventos (evitar el olvido, el exceso de confianza y el «ahí se va») condicionando el análisis de todos los eventos por simples que sean, generando una línea sólida de compromisos desde la alta dirección hacia todos los niveles y viceversa, buscando que esto llegue a ser una forma de actividad laboral que incluya la colaboración entre los médicos, pacientes y sus familiares y los administradores.

Estos antecedentes generaron en el personal de la salud, la inquietud de trabajar en la seguridad del paciente, buscando a aquellos que luchan por conocer, comentar y difundir su trabajo, adicionando toda evidencia o experiencia que enriquezca y contribuya en la integración a nuestra práctica sobre la seguridad del paciente.

Con esta visión, los trabajadores de la salud se han incluido para apoyar las líneas de acción establecidas por las diferentes instituciones y la Subsecretaría de Innovación y Calidad de quien depende el Programa de Seguridad del Paciente de la Secretaría de Salud, que entre otras, se enlistan a continuación:

- Identificación del paciente.
- Manejo de medicamentos.
- Comunicación clara con el paciente y sus familiares.
- Uso de protocolos y guías de diagnóstico y terapéutica.
- En cirugía y procedimientos, las 4 «C» que son: Paciente correcto, cirugía y procedimiento correcto, sitio quirúrgico correcto y momento oportuno correcto.
- Prevención de caídas de pacientes.
- Programa de Prevención de Infecciones Nosocomiales.

CÓMO SE VIO EN EL PASADO, EL ERROR QUIRÚRGICO

Probablemente, los errores en cirugía existen desde que el hombre mismo se atrevió a violar la integridad del cuerpo humano buscando resolver un problema de salud. La conciencia acerca del error quirúrgico no es tampoco nada nueva. Ernest A. Codman (1908) investigó sobre las causas de muertes no esperadas en el postoperatorio y se atrevió a presentar una clasificación de los errores en cirugía:

- Los errores quirúrgicos que se debían a la falta de conocimientos técnicos o de habilidades.
- Los que se debían a la falta de juicio quirúrgico.
- Los generados por falta de cuidados o de un equipo.
- Los ocasionados por falta de habilidad en el diagnóstico.

Propuso que las sociedades quirúrgicas debían exigir a los cirujanos un seguimiento de los resultados de sus propios casos, con el fin de conocer sus estadísticas y sus competencias. Sorprendentemente, por esta propuesta, Codman fue expulsado de todas las sociedades quirúrgicas. Sin duda debe reconocerse su trabajo pionero en la promoción de los más altos estándares de calidad en la cirugía.

Lo paradójico es que, en pleno siglo XXI, aún no es rutinario el registro y análisis de los errores quirúrgicos, menos aún es prioritario para las instancias gubernamentales y hospitales individuales aplicar normas y sustentar privilegios profesionales derivados del análisis de los errores.

Estado actual del error quirúrgico. Actualmente se reconocen seis factores como causas de complicaciones y errores en cirugía:

1. La organización.
2. Las situaciones.
3. El equipo de trabajo.
4. Los aspectos humanos individuales.
5. La rutina.
6. El paciente.

Factores de organización. Podríamos mencionar procedimientos sin el personal y el equipo adecuados, programación y tiempo del procedimiento inadecuados, y la sustitución con nuevos miembros del equipo usual.

Este apartado puede resumirse claramente como todos los factores que lleven a intervenir a un paciente sin que el equipo quirúrgico tenga control completo del caso; operar en condiciones no óptimas y desconocimiento del caso.

Factores situacionales. Dentro de un quirófano destacan los distractores, las interrupciones, las condiciones físicas y el diseño del equipo. Nuevamente condiciones en que el equipo quirúrgico no tiene control completo del procedimiento: por

desconocimiento, por falta de liderazgo o por problemas de organización.

Factores del equipo de trabajo. Fundamentales en la prevención del error son la comunicación, la confianza entre los miembros del equipo y la habilidad de éstos para manejar eventos inesperados. Un buen equipo quirúrgico conforma un equipo de trabajo que le permite asegurar la calidad de la atención y disminuir los errores.

Factores individuales. Destacan la agilidad mental, las habilidades técnicas, la fatiga y la curva de aprendizaje. La responsabilidad profesional comienza desde el momento en que el individuo decide la labor que quiere desempeñar el resto de la vida. Decisiones equivocadas en la elección profesional conducen a pobres desempeños, falta de calidad en la atención y curvas de aprendizaje prolongadas e incluso «interminables».

Factores relacionados con rutinas. Falta de protocolos de manejo claros, la poca disponibilidad de información segura y la omisión de pasos claves en los procedimientos. Difícilmente existe entre los cirujanos la cultura de hacer las cosas bien siempre, menos existe la responsabilidad legal de mantenerse actualizado, y con ello modificar procedimientos que han demostrado malos resultados cuando las evidencias orientan hacia otros que ofrecen mayor seguridad al paciente.

Factores del paciente. Destacan la obesidad, variantes anatómicas, severidad de la enfermedad y la comorbilidad. Ciertamente, también está incluido aquí el control del equipo quirúrgico sobre los procedimientos. Ignorar las condiciones propias del paciente, que contraindican o limitan un procedimiento, es aceptar anticipadamente la construcción de un error.

«PROGRAMA DE CIRUGÍA SEGURA»

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creó la iniciativa *La cirugía segura salva vidas* como parte de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por reducir en todo el mundo el número de muertes de origen quirúrgico. La iniciativa pretende aprovechar el compromiso político y la voluntad clínica para abordar cuestiones de seguridad importantes, como las prácticas inadecuadas de seguridad de la anestesia, las infecciones quirúrgicas evitables o la comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico. Se ha comprobado que estos problemas son habituales, potencialmente mortales y prevenibles en todos los países y entornos.

Actualmente, los profesionales de salud se involucran cada vez más en la seguridad del paciente; en épocas pasadas se sabía que sólo pocos grupos de médicos, particularmente los anestesiólogos americanos, australianos y suizos, mantenían una organización de sus áreas para mantener y mejorar la seguridad y el resultado de sus pacientes quirúrgicos.

Un ejemplo es el quirófano, sitio donde se han reportado los errores más graves debido al elevado número de acciones de salud que ahí se ejecutan, al gran número de actores y a la total dependencia del paciente. Por ello se ha definido al quirófano como un ambiente de alto riesgo. Es un área del hospital trascendente para el establecimiento de un programa de seguridad para el paciente y, por ende, se ha llegado a reconocer la seguridad del paciente como el eje de la calidad en el área quirúrgica de los sistemas de salud.

La anestesiología, independientemente de ser una disciplina científica de la medicina a la cual se accede por vocación, por gusto o por necesidad en un desorientado afán de especializarse a toda costa al concluir la carrera de medicina, también es un trabajo en el cual se depositan todas las aspiraciones de progreso económico que posee el hombre por sobresalir entre los avatares de la vida y, por supuesto, la aplicación de todos los conocimientos y aptitudes para no defraudar la confianza de alguien que puso su salud y su vida en nuestras manos.

La anestesiología es una rama de la medicina especializada en la atención médica de los pacientes sometidos a procedimientos medico-quirúrgicos, obstétricos o de otra índole, en estado de inconsciencia, insensibilidad al dolor, al estrés emocional o a una combinación de los anteriores. Su acción concreta es mediante la administración, por distintas vías, de sustancias farmacológicas, por lo que también se dedica al cuidado y protección de las funciones de sistemas vitales como el nervioso central, el nervioso autónomo, el cardiovascular, el respiratorio, el hepatorrenal y el hematopoyético, con el propósito de mantener la homeostasis del organismo humano. Sus campos de aplicación se extienden al cuidado de pacientes sometidos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos, al tratamiento del dolor agudo y crónico y al manejo de enfermos graves a solicitud del médico a cargo de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de sucesos de este tipo, la Alianza, con el asesoramiento de cirujanos, anestesiistas, personal de enfermería, expertos en seguridad del paciente y pacientes de todo el mundo, ha

identificado una serie de controles de seguridad que podrían llevarse a cabo en cualquier quirófano.

El resultado ha sido la Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía, 1ª edición (disponible en www.who.int/patientsafety/challenge/safesurgery/en), que tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre las distintas disciplinas clínicas.

La Lista de verificación no es un instrumento normativo ni un elemento de política oficial; está pensada como herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y muertes quirúrgicas evitables.

Todas las acciones de esta especialidad se realizan antes, durante y después de los procedimientos incluidos en su área de influencia. La importancia y trascendencia de los procedimientos anestésicos ha crecido al ritmo y velocidad con que aparecen nuevos conocimientos y técnicas que permiten al cirujano abordar prácticamente todas las estructuras del organismo humano, en un afán plausible de recuperar la salud y prolongar la vida útil.

La responsabilidad del médico especialista en anestesiología es ahora mayor en un proceso que va desde el estudio y valoración del paciente previo a la aplicación de la anestesia, para seleccionar el procedimiento de menor riesgo y más apropiado a cada situación, la aplicación correcta y oportuna del mismo, vigilando permanentemente las condiciones transoperatorias del paciente hasta la recuperación postanestésica, que implica la eliminación del estado provocado y la estabilidad completa de sus funciones.

Es necesario considerar el cuidado anestésico como un proceso que abarca tres etapas: pre, trans y post-anestésica y documentarlo para reflejar estos componentes. Por último, en relación a esta lista de chequeo es necesario contar con todos los puntos que en ella se solicitan; de no contar con ellos o quedar alguna anotación en blanco o (X), el procedimiento se detendrá hasta no cumplir en su totalidad con las marcas (✓).

 Organización Mundial de la Salud			Lista de verificación de la seguridad de la cirugía (1ª edición)		
Antes de la inducción de la anestesia		Antes de la incisión cutánea		Antes de que el paciente salga del quirófano	
Entrada		Pausa quirúrgica		Salida	
☐ El paciente ha confirmado • Su identidad • El sitio quirúrgico • El procedimiento • Su consentimiento		☐ Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función		El enfermero confirma verbalmente con el equipo:	
☐ Desmarcación del sitio/no procede		☐ Cirujano, anestesista y enfermero confirman verbalmente: • La identidad del paciente • El sitio quirúrgico • El procedimiento		☐ El nombre del procedimiento realizado	
☐ Se ha completado el control de la seguridad de la anestesia		☐ Previsión de eventos críticos		☐ Que los recuentos de instrumentos, gasas y agujas son correctos (o no proceden)	
☐ Pulsioxímetro colocado y en funcionamiento		☐ El cirujano revisa: Los pasos críticos o imprevistos, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista		☐ El etiquetado de las muestras (que figure el nombre del paciente)	
¿Tiene el paciente alergias conocidas?		☐ El equipo de anestesia revisa: Si el paciente presenta algún problema específico		☐ Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos	
☐ No		☐ El equipo de enfermería revisa: Si se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores) y si existen dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos		☐ El cirujano, el anestesista y el enfermero revisan los principales aspectos de la recuperación y el tratamiento del paciente	
☐ Sí		¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?			
Vía aérea difícil/riesgo de aspiración		☐ Sí			
☐ No		☐ No procede			
☐ Sí, y hay instrumental y equipos/ayuda disponible		¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?			
Riesgo de hemorragia > 500 mL (7 mL/kg en niños)		☐ Sí			
☐ No		☐ No procede			
☐ Sí, y se ha previsto la disponibilidad de acceso intravenoso y líquidos adecuados					

La presente lista no pretende ser exhaustiva. Se recomienda completarla o modificarla para adaptarla a la práctica local.

www.medigraphic.org.mx