

## Checklist: seguridad en anestesia regional

Dra. Guadalupe Zaragoza-Lemus\*

\* Médico adscrito. Servicio de Anestesiología. Instituto Nacional de Rehabilitación.

Los accidentes y los errores son inevitables en sistemas complejos fuertemente interconectados, como el transporte aéreo y los cuidados médicos. El informe del Instituto de Medicina en 1999 destacó que errar es humano pero una alarmante incidencia de errores médicos que lleva a la morbilidad y la mortalidad en el sistema médico de Estados Unidos pidió estrategias para el cambio. Las principales fuentes de errores en la cirugía son el lugar incorrecto y el procedimiento incorrecto del paciente, lo que atrajo la atención de la Comisión Mixta ya en 1998. En el 2003, la Comisión del Comité Mixto propuso un protocolo universal que los equipos quirúrgicos podrían utilizar antes de cualquier intervención quirúrgica electiva para reducir el riesgo de procedimientos en el lugar incorrecto. La revisión del protocolo universal publicado en 2010 se debe realizar antes de cualquier cirugía invasiva electiva, pero su aplicación al bloqueo regional no se había descrito específicamente. Los bloqueos regionales también tienen el potencial para realizarse en el lugar incorrecto, con la posibilidad del bloqueo del lado equivocado hay un porcentaje creciente de procedimientos del lado equivocado reportados en los últimos años. Los procedimientos con bloqueo regional también pueden complicarse con infecciones, eventos adversos inmediatos que amenazan la vida (anestésico local toxicidad sistémica [LAST]), depresión respiratoria por sedación en exceso y, en el paciente anticoagulado, la formación del hematoma puede causar paraplejia tras bloqueo neuroaxial. El potencial para estas complicaciones ha llevado a varios organismos nacionales a la elaboración de directrices y recomendaciones para medidas de seguridad en la realización de los bloqueos regionales, incluyendo la Sociedad Americana de Anestesia Regional y Medicina del Dolor (ASRA). Para reducir el riesgo de infección y secuelas de LAST, la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA) se pronunció sobre el apropiado monitoreo para la sedación, y recientemente la *Drug Administration* (FDA) de EUA ase-

soró sobre anticoagulación para determinar el estado antes de realizar un bloqueo.

El anesthesiólogo regionalista, entonces, tiene un número de pasos de seguridad y directrices a tener en cuenta antes de un bloqueo, además del protocolo universal encargado por la Comisión Mixta para cualquier procedimiento invasivo. Recordar y asegurar el cumplimiento de estos protocolos es un reto para los médicos ya que en general, existe el potencial de error y más en el ajuste de «presión de producción» debiendo de realizar bloqueos a fin de no retrasar la cirugía. Una herramienta que ha demostrado ser indispensable en la reducción de la variabilidad y error en otro complejo de los sistemas interconectados es un *checklist*. Se ha sugerido que la adhesión a múltiples directrices y avisos pueden mejorar mediante la incorporación de múltiples directrices en una sola *checklist*. En la medicina, con la aplicación de listas de control

### Cuadro I. Checklist antes del bloqueo regional.

1. Identificación del paciente
2. Revisión del estado de la coagulación y alergias
3. Confirmación del consentimiento informado anestésico y quirúrgico
4. Confirmación del plan del bloqueo y marcaje del sitio
5. Presencia del equipo necesario, con fármacos/soluciones etiquetados
6. Disponibilidad inmediata del equipo de resucitación: dispositivos de vía aérea, succión, fármacos vasoactivos, emulsión de lípidos
7. Aplicación apropiada de monitoreo según ASRA: acceso intravenoso, sedación y aporte de oxígeno suplementario
8. Uso de técnica aséptica: procedimiento de lavado de manos, uso de mascarilla y guantes estériles
9. El «tiempo-fuera» se realiza antes de la inserción de la aguja para cada nuevo sitio del bloqueo si la posición cambió o fue realizada por otro equipo

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

ya se ha demostrado que pueden reducir la frecuencia de las infecciones de vías centrales, de cirugía en el lugar incorrecto y mortalidad y morbilidad quirúrgica. En la cirugía, la Organización Mundial de la Salud con la *Checklist* de Seguridad Preoperatoria Quirúrgica (Cuadro I) ha demostrado reducir las complicaciones quirúrgicas, pero, el protocolo universal, no se ocupa de la anestesia regional<sup>(1)</sup>.

Hay posibles limitaciones en la adopción de una nueva lista de verificación. Como todas las listas de comprobación, la adición de nuevos pasos y documentación de requisitos tiene el potencial de ser una distracción. La complejidad de

una lista de verificación debe ser equilibrada en contra de este «factor de molestia», pero, al final, cualquier lista de verificación es sólo tan buena como el compromiso de la empresa de centrarse en el procedimiento de lista de verificación, y creer que su aplicación disminuirá el potencial del proveedor para el error. La evidencia hasta la fecha apoya firmemente las ventajas positivas de la utilización de una lista de control en situaciones médicas complejas. La Universidad de Pittsburgh Medical Center revisó cerca de 100,000 procedimientos de AR y encontró un índice del bloqueo del lado equivocado de 1:10,000 durante un período de 10 años<sup>(3)</sup>.

## REFERENCIAS

1. Mulroy M, Weller R, Liguori GA. A checklist for performing regional nerve blocks. *Reg Anesth Pain Med.* 2014;39:195-199.
2. Prineas S. Patient safety surgical checklists stone soup. *J Anesth Crit Care Open Access.* 2014;1:00034.
3. Fisher B. Benefits, risk, and best practice in regional anesthesia: do we have the evidence we need? *Reg Anesth Pain Med.* 2010;35:545-548.