



La seguridad en anestesiología pediátrica

Safety in pediatric anesthesiology

Dr. Gabriel Mancera-Elías*

Citar como: Mancera-Elías G. La seguridad en anestesiología pediátrica. Rev Mex Anesthesiol. 2026; 49 (3): 141-142.
<https://dx.doi.org/10.35366/123586>

La práctica de anestesiología pediátrica presenta múltiples retos para la comunidad anestésica en general. En la actualidad, existe una amplia cantidad de información sobre las características particulares de este grupo etario, el cual es bastante amplio si consideramos que abarca desde la prematuridad hasta los 18 años. Asimismo, se dispone de diversos recursos formativos como cursos universitarios, diplomados, cursos relativos a la subespecialidad y capítulos específicos dentro de los cursos de anestesiología general. Este flujo constante de información ha despertado el interés de los profesionales de la salud, desde el médico de base hasta el residente en formación, relativo a las novedades en las técnicas anestésicas endovenosas y regionales incluyendo a las ecoguiadas, así como las actualidades de manejo anestésico para casos específicos como pacientes neuroquirúrgicos, portadores de cardiopatías congénitas o pacientes sometidos a diversos programas de trasplante.

Enfatizar la seguridad en el manejo del paciente pediátrico constituye un pilar fundamental en la práctica anestésica en este grupo etario, partiendo del principio que mientras menor sea la edad, mayor es el riesgo de enfrentar eventos adversos o crisis durante el manejo anestésico. No obstante, el tema no suele recibir la misma atención que otros tópicos de la subespecialidad previamente mencionados; en gran medida porque damos por sentado que es un componente de los protocolos de seguridad institucionales vigentes y no es necesario ahondar en el tema, además de los grandes avances actuales en monitoreo en los que depositamos, en ocasiones de manera excesiva, nuestra confianza.

Supongamos el caso de un paciente pediátrico programado para laparotomía por traumatismo abdominal con probable ruptura visceral, adicionalmente también es portador de una cardiopatía congénita e hipertensión pulmonar. En el contexto actual en 2026, nuestra mente estaría pensando en la disponibilidad de bombas de infusión, la posibilidad del uso de vasopresores, el monitoreo invasivo con disponibilidad de control gasométrico, control de la temperatura, y claro, si existiera la posibilidad de un ecocardiograma preoperatorio sería ideal; otras preocupaciones incluirían la disponibilidad de sangre y la factibilidad del uso de pruebas viscoelásticas, situaciones que nos harían pensar que la seguridad del paciente está garantizada, ¿cierto?

Pero si se analiza este mismo escenario con la tecnología y conocimientos de 1986, 1946 o incluso 1906, entonces nuestra percepción de seguridad cambiaría de manera significativa.

Para cada familia, lo más valioso son los hijos; ellos siempre representarán la expectativa del futuro para los padres y no importa la condición, diagnóstico, comorbilidad o pronóstico del paciente, siempre mantendrán la esperanza de que el niño va a mejorar; cuando esto no sucede constituye una situación catastrófica para ellos, más aún si se encuentra involucrado algún procedimiento anestésico. Por esta razón, y debido a las tasas de mortalidad infantil asociadas a la anestesia, la *American Society of Anesthesiologists* (ASA) en la década de 1940, con la finalidad de reducir esta mortalidad⁽¹⁾, en 1940 implementa la rotación de los residentes de anestesiología a las salas de pacientes pediátri-

* Adscrito al Departamento de Anestesiología. Instituto Nacional de Pediatría. Ciudad de México, México. ORCID: 0009-0005-2196-6298

Correspondencia:
Dr. Gabriel Mancera-Elías
E-mail:
elimanga81medicina@gmail.com



cos, contribuyendo a mejorar la experiencia clínica y con el tiempo para disminuir la morbilidad.

Estudios posteriores relacionados a la seguridad en anestesiología como De Graaf y colaboradores⁽²⁾ reportan que, en hospitales con tecnología avanzada, han logrado reducir de manera significativa la presentación de eventos adversos y, tomando como referencia el estudio APRICOT (*Anesthesia PRactice In Children Observational Trial*) realizado en 2017, se podían lograr reducciones en las complicaciones hasta de 0% en reportes de hospitales de Países Bajos y Austria.

No obstante (y antes de pensar que es una pérdida de tiempo porque ya se sabe), el mismo autor señala que sus resultados no son universales, ya que en centros que no son de tercer nivel, factores como limitación de recursos, retrasos en los diagnósticos y la falta de capacitación del personal médico influyen en la incidencia de complicaciones, alejándose de las estadísticas reportadas en centros avanzados. La incidencia de complicaciones es mayor en los pacientes de un año o menos, similar a lo reportado en el *Pediatric Perioperative Cardiac Arrest (POCA) Registry* de 2011⁽³⁾.

Lorinc y colaboradores⁽⁴⁾ por su parte destacan la relación de la incidencia de complicaciones en pacientes menores de un año, similar al estudio APRICOT de 2017; en su estudio hacen referencia a investigaciones realizadas en Inglaterra, en las que los eventos respiratorios fueron la principal causa de eventos adversos entre 2006 y 2012.

Otras causas descritas incluyen la presencia de cardiopatías congénitas, errores en la identificación, dosificación, preparación y de comunicación al momento de la administración de los fármacos, resultando el personal de anestesiología el principal involucrado.

Los procedimientos realizados fuera de quirófano y en consultorio representan un área de especial interés relativo a la seguridad de los pacientes. En no pocas ocasiones estos espacios carecen del equipo necesario para la administración de anestesia, incluyendo oxígeno y tomas de aspiración, al igual que de áreas de recuperación adecuadas con monitoreo básico insuficiente o no disponible. Puede darse también la ausencia de carros de paro, equipos de vía aérea y/o medicamentos para situaciones críticas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone como componentes fundamentales para una cultura de seguridad en anestesia: la prevención de errores, el liderazgo efec-

tivo, el trabajo en equipo, la colaboración multidisciplinaria, la educación médica continua, el uso de los expedientes electrónicos y la capacitación mediante escenarios de simulación y prácticas deliberadas, el análisis de los reportes de eventos adversos, así como la retroalimentación constante. Además de lo anterior se suman acciones como auditorías continuas relativas a la seguridad, el fortalecimiento de la comunicación efectiva y la implementación de protocolos estandarizados, dichas medidas contribuyen al mejoramiento de los estándares de seguridad de atención a los pacientes.

A pesar de todo esto, es necesario cuestionar en qué medidas estas estrategias se aplican en nuestros centros de trabajo, cuántas de estas acciones se realizan como parte de nuestra disciplina profesional, cuáles son los recursos tecnológicos disponibles para proteger los casos y qué tan frecuentes son para nosotros o nuestro personal las capacitaciones en educación médica continua y simulación.

La seguridad anestésica del paciente pediátrico no debe ocupar un lugar secundario, los eventos adversos pueden tener consecuencias catastróficas dramáticas y desafortunadas tanto para el caso como para su familia y que en algún punto podría tener consecuencias de tipo legal, que no es el tema de esta editorial pero que tampoco debe pasarse por alto.

En este sentido, nosotros como profesionales de la anestesiología tenemos la obligación de ser custodios de la seguridad. Al final del camino todos tenemos un nieto, hijo, sobrino o ahijado familiar nuestro o de algún conocido que en algún momento requerirá de anestesia. Pensemos en eso.

REFERENCIAS

1. Malinzak EB, Kanjia MK, Kurth CD: Pediatric anesthesia safety: yesterday, today and tomorrow. *APSF Newsletter* 2025;3:100-103.
2. de Graaff JC, Johansen MF, Hensgens M, Engelhardt T. Best practice & research clinical anesthesiology: safety and quality in perioperative anesthesia care. Update on safety in pediatric anesthesia. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2021;35:27-39.
3. Ramamoorthy C, Haberkern CM, Bhananker SM, Domino KB, Posner KL, Campos JS, et al. Anesthesia-related cardiac arrest in children with heart disease: data from the Pediatric Perioperative Cardiac Arrest (POCA) registry. *Anesth Analg.* 2010;110:1376-1382. doi: 10.1213/ANE.0b013e3181c9f927.
4. Lorinc AN, Walters CB, Crockett CJ, Reddy SK. Hot topics in safety for pediatric anesthesia. *Children (Basel).* 2020;7:242. doi: 10.3390/children7110242.