

ERRORES EN LA PRÁCTICA DE ANESTESIA

Resumen: La anestesiología es una especialidad de alto riesgo y susceptible a un gran número de errores. Éstos son resultado de una serie de eventos desafortunados que no fueron previstos, detectados o revertidos en su momento y que impactan de manera negativa en la calidad y seguridad de la atención y acto médico.



La esencia del error: Es resultado de una mala toma de decisiones que se deriva de una serie de acciones desacertadas. El Error no sólo es resultado del acto médico, sino también de fallas en la organización y sistema administrativo.

Activo

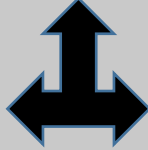
Latent

Clasificación

A pesar de los avances en la anestesiología y la difusión de los principios de seguridad, el error humano sigue siendo preponderante como sustrato de los incidentes y accidentes de la práctica de la anestesiología y puede llegar a ser del 70 al 80%.



Principales causas de error



INCIDENTE

- 1) Relacionados a administración de medicamentos
- 2) Mal uso de la máquina de anestesia
- 3) Manejo de la vía aérea
- 4) Mal función de circuito de ventilación y oxigenación
- 5) sistema de monitoreo
- 6) bombas de infusión
- 7) administración de líquidos y electrolitos

- Juicio erróneo.
- Fallas en la revisión y lista de chequeo de los equipos y máquinas de anestesia
- Fallas técnicas de los equipos por mantenimiento inadecuado
- Falta de atención, inexperiencia
- Falta de conocimientos
- Falta de supervisión
- Fatiga
- Problemas de comunicación

Actuación o circunstancia que produjo o pudo producir un daño imprevisto.

Los errores más frecuentes de medicación en el quirófano son:

- Rotulación inadecuada de la jeringa
- Múltiples jeringas y ampulas en la mesa de trabajo del anestesiólogo
- Mal manejo de los puntos decimales
- Errores en la preparación de diluciones y en la programación de las bombas de infusión
- Confusión de jeringas
- Fallas de comunicación entre quien prepara el medicamento y quien lo aplica
- Falta de conocimiento de la farmacología de los medicamentos anestésicos empleados
- Falta de capacitación, no verificación ni doble
- Multifarmacia

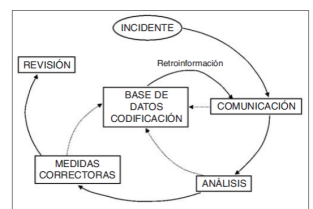


Figura 1. Esquema funcional de un sistema de notificación de incidentes (tomado de Gómez-Arriaga¹).

Autores:
 Dr. Fidel Luis Vega Yero. <https://orcid.org/0000-0002-4772-3324>
 Dr. Aidan Pérez Pérez. <https://orcid.org/0000-0002-1335-425X>
 Dr. Adrián Pérez Montoya. <https://orcid.org/0000-0002-4135-5102>. Autor para correspondencia: adrianpm961127@gmail.com Tlf: +5355812382
 Dr. Ramón Espinosa Solares. <https://orcid.org/0000-0001-5412-1535>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA:

- 1-Oser BA, Chen R, Yee DA. Medication errors in anesthetic practice: asurvey of 687 practitioners. *Canadian J Anesth* 2021;48:139-146.
- 2-Beecher HK. The fist anesthesia death with some remarks suggested by it on the filds of the laboratory and the clinic in the appraisal of new anesthetic agents. *Anesthesiology* 1941;2:443-449.
- 3-Carrillo-Esper R. El error en la práctica de la anestesiología. *Rev Mex Anest* 2011;34(2):103-110