



Seguridad en anestesiología

Safety in anaesthesiology

Dra. Cecilia Úrsula Mendoza-Popoca,* Dr. Mario Suárez-Morales*

* Neuroanestesiólogo,
Centro Médico ABC. Ciudad
de México, México.

Citar como: Mendoza-Popoca CÚ, Suárez-Morales M. Seguridad en anestesiología. Rev Mex Anestesiología. 2023; 46 (2): 85-86. <https://dx.doi.org/10.35366/110191>

Correspondencia:
Dra. Cecilia Úrsula
Mendoza-Popoca
E-mail: cesa2132@gmail.com

La seguridad del paciente en cualquier intervención realizada por un médico ha sido motivo de diferentes tratados y del pronunciamiento de normas bioéticas, tales como las descritas por la Asociación Mundial de Medicina (WMA por sus siglas en inglés) y en las que se incluye como principio fundamental en el tratamiento del paciente el de «no maleficencia» (*primum non nocere*)⁽¹⁾. De aquí que en la práctica anestésica también deba prevalecer este principio proporcionando la más alta seguridad en todos y cada uno de nuestros procedimientos. «Ningún paciente debe ser dañado por el efecto de la anestesia»; esta máxima de seguridad relacionada a la anestesiología fue emitida por la Fundación para la Seguridad del Paciente en Anestesia (APSF por sus siglas en inglés)⁽²⁾.

Desde 1997 Kehlet propuso el protocolo multimodal *Enhance Recovery After Surgery* (ERAS), con la finalidad de dar seguridad, facilitar y acelerar la recuperación postquirúrgica. Basándose en esta serie de recomendaciones elaboradas específicamente para la mayoría de las especialidades quirúrgicas, la anestesiología es actor fundamental de este protocolo, dando un sitio preponderante a todas las acciones que aseguren la integridad física y emocional de nuestros pacientes durante el curso de cualquier procedimiento anestésico.

Para conseguir esto es conveniente sistematizar nuestro proceder desde el primer contacto con el paciente hasta su alta hospitalaria. En esta sistematización es importante considerar las cuatro etapas fundamentales de todo evento anestésico: 1) la valoración preanestésica; 2) la selección y realización de la técnica anestésica (transanestésico); 3) la monitorización transanestésica; y 4) la vigilancia postanestésica.

Valoración preanestésica. Debe estar encaminada en primer lugar a establecer una relación de acercamiento con el

paciente y sus familiares que dé como resultado la confianza mutua. Esto permitirá obtener los antecedentes y datos clínicos, incluida la exploración física, fundamentales para un conocimiento integral y exhaustivo. La ASA propone parámetros mínimos, pero también hace hincapié en que deberán emplearse todos los que sean necesarios según el criterio del anestesiólogo de acuerdo al tipo y la invasividad de la intervención quirúrgica, incluyendo exámenes de laboratorio y gabinete⁽³⁾.

Un punto fundamental de la valoración preanestésica, es la obtención del consentimiento informado, el cual deberá incluir los posibles riesgos y complicaciones generales de cualquier cirugía, pero también hacer menciones muy específicas en el caso de cirugías complejas de alta especialidad que por lo mismo requieren de técnicas anestésicas especiales.

Selección y realización de la técnica anestésica. La técnica anestésica adecuada para cada paciente es el resultado del conocimiento profundo que se obtuvo en la valoración preanestésica y de los estudios de laboratorio y gabinete. El anestesiólogo siempre tendrá en mente que el deber primario y fundamental de todo médico es promover la salud y el bienestar de cada uno de sus pacientes mediante la aplicación puntual de un cuidado competente, oportuno y compasivo siempre apegado a una práctica médica de excelencia y un profesionalismo lo más perfecto posible⁽¹⁾. Esto se traduce en que además de tratar de disponer de los recursos y aparatos de alta tecnología que hoy existen y que permiten tener una vigilancia estrecha momento a momento de prácticamente todas las funciones del paciente, no debemos dejar de lado las técnicas primarias y esenciales para la seguridad de nuestros pacientes, como lo es el lavado e higienización de manos; se ha mencionado que idealmente la higienización debe ser cada



6 minutos para una disminución contundente en la incidencia de contaminación y consecuentes infecciones nosocomiales⁽⁴⁾.

Monitorización transanestésica. Una recomendación de alto impacto en la seguridad anestésica es la monitorización de la función neuromuscular. Cuando no es posible contar con el monitor adecuado, el anestesiólogo deberá tener siempre en mente el posible efecto residual de los bloqueadores neuromusculares y aceptar que independientemente de conocer profundamente la farmacocinética y farmacodinamia del relajante empleado, existe una gran variabilidad biológica que se traduce en una incertidumbre en cuanto a la duración del efecto residual del fármaco. La monitorización de alta tecnología que existe hoy permite tener una visión integral transanestésica del paciente, lo cual redundará en su seguridad; ligadas a los monitores de una manera muy relevante están las alarmas de éstos, las cuales deberán estar siempre en uso y detectables. Desafortunadamente el acceso a estos equipos costosos sólo se tiene en pocas instituciones en nuestro país, por lo que la monitorización, habitual o estándar, se reviste de gran importancia al sumarse a la constante y estrecha vigilancia por parte del anestesiólogo, la cual debe prevalecer aún con el uso de monitorización de alta tecnología.

Vigilancia postanestésica. Guarda un lugar sobresaliente en la seguridad del paciente sin importar si permanecerá en la unidad de cuidados postanestésicos (sala de recuperación), la terapia intermedia o intensiva. Cuando no nos es posible estar con nuestro paciente en el postanestésico es importante realizar una minuciosa entrega de éste al personal que se hará cargo, de preferencia otro anestesiólogo, considerando un *check list* en el que se mencionen todos los datos conocidos por nosotros desde la entrevista preanestésica hasta ese momento⁽⁵⁾.

El Código de Ética de la Asociación Mundial de Medicina (WMA) reafirma como principios fundamentales aplicables a todos los médicos alrededor del mundo, las obligaciones inalienables de estar atentos y cumplir a toda costa los principios éticos y legales, así como llevar a cabo en su totalidad las normas y procedimientos que estén dispuestos y orientados a la seguridad del caso⁽¹⁾.

Si al salir nuestro paciente del hospital rumbo a su casa, estamos plenamente convencidos de que en cada una de nuestras decisiones en el proceso anestésico antepusimos su seguridad y bienestar, podremos estar tranquilos y satisfechos.

REFERENCIAS

1. WMA International code of medical ethics. 73rd WMA General Assembly, Berlin, Germany. 2022.
2. Greenberg S. Pioneer in patient safety and simulation speaks at the International Forum on perioperative quality and safety. APSF Newsletter. 2018;32:87.
3. Committee on Standards and Practice Parameters; Apfelbaum JL, Connis RT, et al. Practice advisory for preanesthesia evaluation: an updated report by the American Society of Anesthesiologists task force on preanesthesia evaluation. *Anesthesiology*. 2012;116:522-538.
4. Koff MD, Loftus RW, Burchman CC, et al. Reduction in intraoperative bacterial contamination of peripheral intravenous tubing through the use of a novel device. *Anesthesiology*. 2009;110:978-985.
5. Jaulin F, Lopes T, Martin F. Standardised handover process with checklist improves quality and safety of care in the postanaesthesia care unit: the postanaesthesia team handover trial. *Br J Anaesth*. 2021;127:962-970. doi: 10.1016/j.bja.2021.07.002. Available in: S0007-0912(21)00445-1