

El error médico en la práctica anestésica médica. A
propósito de un caso

**Autores: Dres. Sahily Irene López Rabassa *, Sarah López
Lazo **, Yanelys Diez Sánchez ***, Gonzalo González
Rodríguez **** y Carlos A. Vilaplana Santaló. ***

Hospital Provincial Docente de Oncología “Maria Curie”. Camagüey.

* Especialista de II Grado en Anestesiología y Reanimación. Profesor Instructor.

** Especialista de II Grado en Anestesiología y Reanimación y Medicina
Intensiva. Profesor Asistente.

*** Especialista de I Grado en Anestesiología y Reanimación. Profesor Instructor.

**** Especialista de II Grado en Medicina Intensiva. Profesor Instructor.

RESUMEN

Introducción: El error relativo a los medicamentos está considerado como el que más amenaza la seguridad del paciente. Estos ocurren en todos los pasos del proceso: la indicación (56 %), la transcripción (6 %), la dispensación (4 %) y la administración (34 %). **Objetivo:** Describir un incidente crítico en la práctica anestésica donde ocurrió un cambio en la administración de medicamentos, durante la medicación preanestésica. **Presentación del caso:** Se describe el cuadro clínico y la evolución de una paciente de 64 años de edad en la que se cometió el error de administrar bromuro de pancuronio por midazolán. **Resultado:** Se detectó rápidamente y la eventualidad transcurrió sin complicaciones nefastas para el paciente. Se efectuó la discusión del mismo. Se analizaron frecuencia, causas, consecuencias y posibles medidas para corregir el error médico. **Conclusiones:** Se hace necesario incentivar a las Instituciones responsables los errores médicos que pueden producir complicaciones a los pacientes. La falta de difusión inevitablemente a la reiteración de los mismos errores, de allí la importancia de su divulgación.

Palabras claves: Error médico. Complicaciones.

INTRODUCCIÓN

Los médicos que ejercemos una especialidad dedicada al alivio del dolor y a brindarle seguridad al paciente, mientras se realizan procedimientos para salvarle o mejorarle la vida, merecemos mejor suerte que vivir en la angustia permanente.

El error médico es un enemigo latente, multicausal y de imprevistas consecuencias, que puede conducir a la muerte e incluyen el incidente crítico en anestesia ¹⁻³.

Definimos incidente crítico como una de las siguientes situaciones ⁴:

- Situación que lleva a la muerte, a secuelas, a internación no prevista en Unidades de Cuidados Intensivos o a internación hospitalaria prolongada.
- Situación que presumiblemente hubiera tenido alguna de estas consecuencias anteriores, pero fue descubierta y corregida a tiempo: “el casi accidente”.

Según Harrinson ⁵, los casos de mortalidad son probablemente la parte superior del iceberg de mal manejo anestesiológico, ¿cuántos más habrá que casi se mueren? Los “casi accidentes”, parte flotante inferior del Iceberg nos pudieran dar la idea de las situaciones de riesgo.

La evaluación actual de la frecuencia de los errores por medicamentos, son indudablemente bajas debido que la mayoría no son publicados ni documentados. Los errores que tienen un resultado con serios daños se reportan ya que son fáciles de identificar y difíciles de esconder, sin embargo, representan la punta del iceberg ⁶.

Fue nuestro objetivo presentar un incidente crítico en Anestesia donde ocurrió un cambio en la administración de bromuro de pancuronio por midazolán.

Revisar y juzgar lo que uno hace nunca es fácil, pero debemos hacerlo porque entre otras razones somos los más capacitados para ello. De no plantearlo así se corre el riesgo de que otras personas cometan los mismos errores.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente blanca, femenina, de 64 años con antecedentes de obesidad y HTA para lo cual lleva tratamiento con atenolol una tableta diaria. ASAIII. Ingresó con diagnóstico citológico de adenocarcinoma de mama y requirió tratamiento quirúrgico. En consulta de preanestesia se realizó examen físico y revisión de complementarios, los cuales se encontraban en límites normales. Se realizó indicación de medicación preanestésica: midazolam 10 mg ev. El día de la intervención quirúrgica llegó a la sala de preanestesia y se procedió a cumplimentar indicación médica por el personal de enfermería.

Luego de administrado el medicamento, la paciente comenzó con dificultad para respirar y ansiedad, se decidió oxigenar y proceder a la intubación endotraqueal ante esta dificultad y administrar flumazenilo para revertir los efectos del midazolam. Al no obtener los resultados esperados se sospecha error en la administración del medicamento, lo cual se comprueba con el ampolla vacía del medicamento administrado, resultando ser bromuro de pancuronio. Se decidió dormir a la paciente con propofol a 1mg/kg, hasta su recuperación para evaluar posibles complicaciones. La paciente no presentó repercusión alguna, fue intervenida quirúrgicamente dos días después del incidente.

DISCUSIÓN

Es indudable que en la búsqueda de seguridad en la anestesia, se han multiplicado los métodos de estudio del riesgo anestésico. Mueren aproximadamente de 2000 a 10 000 pacientes anualmente en eventos parcialmente relacionados con la anestesia ⁷.

En estudios recientes en Inglaterra se encontró un fallecido por cada 185 000 y en EUA mueren desde 44 000 a 98 000 anualmente por errores médicos prevenibles. El error relativo a los medicamentos está considerado como el que más amenaza la seguridad del paciente, provocando más muertes por año, que las que se producen por accidentes de tránsito, cáncer de mama y SIDA ⁸.

Dentro de ellos los errores por administración medicamentos son la primera causa de eventos previsible y adversos, considerando unas 7000 muertes anuales ⁹.

La prevalencia de errores por medicamentos en el salón de operaciones no es conocida exactamente, pero es probablemente similar al resto del hospital. Bates et al ⁹ muestran que 6.5 % de los pacientes ingresados sufren un evento de reacción adversa a medicamentos, de ellos 28 % por error y un 5.5 % por poco lo son, pero se interceptaron a tiempo. En Harvard Medical Practice Study, los efectos adversos por medicamentos son el 19.4 % de todos los eventos reportados y de ellos el 45 % se produjo por error.

Los errores en la medicación en el salón se deben a fallo en la rotulación de la jeringuilla, inadecuado apareamiento de jeringuillas y ampulas, fallo al leer el bulbo o ampula, mal manejo de los puntos decimales, ceros y abreviaturas inapropiadas,

iluminación pobre, cuando las jeringuillas las preparan otras personas. Hay una relación exponencial entre la cantidad de medicamentos que se usan y la prevalencia de eventos adversos.

Se reportan cambios de presentación de ampulas y bulbos, con apariencias similares y aquí encontramos la causa posible, entre otras, en nuestro caso clínico del error en la administración del medicamento ¹⁰.

En nuestro país la rotulación de las ampulas es igual en una gran cantidad de medicamentos, todos empleados en el quirófano donde el paciente recibe polifarmacia de 7 a diez medicamentos (Figura 1).



Fig. 1. Diversos medicamentos empleados en el quirófano.

Las condiciones y el exceso de trabajo, el estrés, la fatiga, el apuro, las situaciones de riesgo y la distracción son otras condicionantes. Cuando las personas están apuradas o su atención es interrumpida en forma repetida, pueden fácilmente confundir un objeto con otro o cuando leen las etiquetas no ven exactamente todas las palabras. Aun bajo

las mejores circunstancias hay limitaciones en el pensamiento humano y en la capacidad de ser acuciosamente exacto. Mantener la atención en la presencia de una estimulación excesiva es, en ocasiones, imposible. La mayoría de los trabajadores de la salud no están educados en cuanto a la influencia que los factores humanos puedan influir sobre las tareas complejas, por demás con frecuencias sobrestiman sus capacidades y subestiman sus limitaciones ¹¹.

Existen también medicamentos que tienen nombre que bien suenan o se parecen mucho entre sí, por ejemplo, succinil colina y lidocaína. Se han creado un sinnúmero de medidas encaminadas a disminuir estos errores, como son códigos internacionales de colores para su identificación visual, el rotulado obligatorio de las jeringas, entrenamiento, rechequeo de equipos y monitorización capaz de detectar estos incidentes¹².

Se plantea que los relajantes musculares son los medicamentos que provocan una morbilidad más grave, por lo que deben tomarse medidas especiales de prevención con este grupo. Abeysekera y colaboradores encontraron 144 incidentes relacionados con medicamentos, de ellos 58 en relación con cambios en la jeringuilla o el medicamento entre los primeros 2000 incidentes reportados por el Australian Incident Monitoring System. De esos 58 eventos el 71 % fueron relajantes musculares ^{13, 14}.



Fig. 2. Identificación de los relajantes musculares.

En nuestra institución sugerimos a punto de partida de este incidente la identificación de relajantes musculares coloreando de rojo el ámpula para identificación visual (Figura 2). Asumir una mayor responsabilidad de la anestesia frente a eventos desafortunados, es una actitud que impulsa a cambios más rápidos y profundos, que aquella derivada de posturas indulgentes.

Finalmente concluimos que los accidentes en anestesia no van a desaparecer, por tratarse de una actividad inherente al ser humano, pero la simple comunicación y discusión de los mismos nos llevaría a una disminución de la morbimortalidad y a una atención cada vez más especializada en función de nuestros pacientes, quienes son nuestra razón de ser.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Sakowsk J, Leonard T, Colburn S, Michaelsen B. Using a Bar- Coded Medication Administration System to Prevent Medication Errors. Am J Health-Syst Pharm 2005;62(24): 2619-25.
- 2- Cooper JB, Newbower R, Long Ch, Bucknam Mc. Preventable anesthesia mishap: a study of human factors. Qual Saf Health Care 2002; 11:277-82.
- 3- Tess P. Workaround Error. AHRQ Web M&M and Patient Safety Network. Febrero 2006. Cases & Commentary. <http://webmm.ahrq.gov>.
- 4- Barreiro G, Gorat J. Incidentes críticos en anestesia. Rev Urug Anest, Analg y Reanim. 1993 Enero; 51(1): 83-90.
- 5- Harrison G. Death and Anesthesia. Br Med J 1978;1041-46.
- 6- Chen RJ, Yee DA. Medication errors in anesthetic practice: a survey of 687 practitioners. Can J Anesth 2001 Feb;48(2):139-46.
- 7- Barach P. Unexplained Apnea Under Anesthesia. Cases & Comentary. AHRQ Web M&M and Patient Safety Net Work. 2003 Feb. <http://webmm.ahrq.gov>.
- 8- Webster CS, Merry AF, Larsson L, Mc Grath KA, Weller J. The frequency and nature of drug administration error during anaesthesia . Anaesth Intensive Care 2001 Oct; 29(5): 494-500.
- 9- Flynn E, Barker K, Ginette A. Comparison of methods for detecting medication errors in 36 Hospitals and skilled-nursing facilities. Am J Health –Syst Pharm 2002; 59(5):436-46.

- 10-Mato CN ,Fyneface –Ogan S. Drugs errors in anaesthetic practice : case reports.
Niger J Med 2003 Jul – Sep;12(3):157-9.
- 11-Kondrak G, Dorr B. Automatic identification of confusable drugs names. Artif Intell
Med 2006; 36(1); 29-42.
- 12-Haslam GM, Sims C, McIndoe AK, Saunders J, Lovell AT. High latent drug
administration error rates associated with the introduction of the international
colour coding syringe labelling system . Eur J Anaesth 2006;23(2);165-8.
- 13-Fasting S, Gigvold SE. Adverse drug errors in anesthesia, and the impact of
coloured syringe labels.Can J Anaesth 2000 Nov;47(11):1060-7.
- 14-Abeysekera A, Bergman IJ, Kluger MT, Short TG. Drug error in anaesthetic
practice:a review of 896 reports from the Australian incident Monitoring Study
database .Anaesthesia 2005 Mar;60(3);220-7.