

Seguridad anestésica ¿Dónde estamos y qué nos queda?

Anesthetic safety. Where are we and what do we have?

Alberto Labrada Despaigne^{1*} <http://orcid.org/0000-0001-8719-4263>

¹Hospital Universitario “General. Calixto García”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. albert@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: En la actualidad, la seguridad en el paciente quirúrgico constituye un problema de salud pública debido a su elevado y creciente uso dentro de la atención sanitaria, el alto potencial de daño asociado y la demostración de que, la mayor parte de los efectos adversos, relacionados con los procedimientos anestésicos-quirúrgicos, son prevenibles.

Objetivo: Analizar los elementos deficientes en la práctica anestésica actual en materia de seguridad para el paciente y brindar posibles soluciones para el perfeccionamiento de la calidad asistencial.

Desarrollo: La cultura de seguridad se define como un patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos y prestaciones.

Conclusiones: El anestesiólogo es una pieza clave del equipo quirúrgico en lo referente a la seguridad del paciente, por lo cual una práctica reflexiva, ajustada a los estándares de tratamiento actuales, en el marco de un sistema de atención capaz de aprender de sus errores, redundará en una mejor calidad de atención y una disminución de la incidencia de eventos adversos.

Palabras clave: seguridad anestésica; paciente quirúrgico; calidad asistencial.

ABSTRACT

Introduction: Surgical-patient safety is nowadays a public health concern for its high and growing usage in healthcare, the high potential for associated damage, and the demonstration that most of the adverse effects associated with anesthetic-surgical procedures are preventable.

Objective: To analyze the deficient elements in the current anesthetic practice in terms of patient safety and to provide possible solutions for improving the quality of care.

Development: Safety culture is defined as an integrated pattern of individual and organizational behavior, based on shared beliefs and values, which continuously aims at minimizing the harm the patient could suffer as a consequence of the processes and general provision of healthcare.

Conclusions: The anesthesiologist is a key part within the surgical team in terms of patient safety, so a reflective practice, one that is adjusted to current treatment standards, within the framework of a care system capable of learning from its mistakes, will result in better quality of care and decrease in the incidence of adverse events.

Keywords: anesthetic safety; surgical patient; quality of care.

Recibido: 26/06/2019

Aprobado: 27/06/2019

La seguridad del paciente es un componente clave de la calidad asistencial que ha adquirido gran relevancia en los últimos años, tanto para los pacientes y sus familiares, que desean sentirse seguros, como para los profesionales de la medicina que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente. Toda actividad sanitaria conlleva un riesgo, algunos inevitables, pero otros muchos evitables si los procedimientos asistenciales se basan en prácticas seguras.

La seguridad en anestesia puede definirse como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención anestésica a un mínimo aceptable, teniendo en cuenta los conocimientos vigentes, los recursos disponibles y el contexto en que se presenta la atención médica anestésica.

Antes de la llegada de la oximetría y la capnografía, la mortalidad por anestesia se encontraba en 1:2500 a 1:5000 pacientes, actualmente se estima una muerte por cada 100 000 pacientes. Sin embargo, existe un 18 % a 22 % de eventos o complicaciones menores y un 0,45 % a 1,4 % de complicaciones severas, atribuibles a la anestesia y algunas de ellas son de carácter irreversible.

La sociedad cubana actual está mucho más informada de la problemática médica, por lo que está dispuesta a tolerar muy poco algún tipo de error atribuible al personal de anestesia.

En los últimos 20 años, referente al interés por la seguridad, han surgido diversos estudios que permiten identificar factores que estiman la incidencia y la gravedad de los eventos adversos en la atención y sus costos asociados. Estos plantean que 75 % de los errores cometidos en las instituciones de salud se deben al factor humano, 50 % de los eventos adversos son evitables y 30 % de ellos se debe a falta de conocimiento de los estándares establecidos. Parte de la importancia de conocer nuestro entorno laboral es identificar y detectar la fragilidad del sistema, con la finalidad de prevenir y otorgar una atención más segura y eficiente a los pacientes.

Estos estudios de seguridad comenzaron a utilizar Sistemas de Notificación de Incidentes. El primer país a nivel mundial que los utilizó fue Australia en 1987, y Suiza fue el primero en

utilizar estos sistemas mediante internet, para distribuir los resultados de sus estudios a nivel mundial. La declaración de seguridad de Helsinki creada por la *European Board of Anaesthesiology* con cooperación de la *European Society of Anaesthesiology* y aprobada por la OMES, la *World Federation of Societies of Anaesthesiologists* y la *European Patients Federation* en el encuentro de anestesiología de Europa realizado en junio del año 2010, estableció que todos los países europeos que presten servicios de anestesiología deben utilizar estos sistemas.

Hoy la Anestesia es más segura que hace 20 años, ¿Pero es suficientemente segura? Con el advenimiento de nuevos dispositivos de monitoreo de parámetros vitales, tales como la pulsioximetría, capnografía, analizadores de gases, BIS, entropía y monitoreo ecocardiográfico continuo, las cifras de morbimortalidad han disminuido de forma importante y hoy se puede considerar que la práctica de la anestesiología es una de las que mantiene mayor compromiso con la seguridad.

¿Existen limitaciones? Claro que sí, independientemente de donde se ejerza la práctica asistencial, siempre existirán limitaciones. Limitaciones que hay que sortear con imaginación y destreza, y es deber y compromiso del profesional a cargo de la salud, el señalarlas puntual y valientemente a las instancias pertinentes y de las formas adecuadas.

¿Estas situaciones, fallas o incidentes son sólo ocasionadas por el Anestesiólogo? No; muchas de ellas son fallas de los sistemas de organización y de gestión.

La cultura de seguridad se define como un patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos y prestaciones.

La barrera más difícil de generar esta cultura de seguridad es la resistencia al cambio por parte del personal, debido a esto, el cambio cultural puede tomar cierto tiempo en ser generado a nivel global dentro de una institución de salud.

Para generar un cambio cultural es necesario:

- Educar y formar al personal en materia de seguridad.
- Conocer las actividades de alto riesgo y las más propensas a errores.

- Reconocer el error humano como resultado de un fracaso del sistema y no de la persona.
- No castigar a las personas por cometer un error, si no cuestionar qué originó el error y qué medidas se pueden adoptar para evitar que se repitan en el futuro.
- Honestidad del personal al momento de cometer un error, reportándolo a sus superiores y a los familiares del paciente.
- Tener sistemas informáticos que permitan fomentar y facilitar el reporte de errores e incidentes que son cometidos.
- Implicar a todos los niveles de profesionales en el desarrollo de soluciones que eviten la aparición de errores.
- Aplicar tiempo y recursos de seguridad.

La Alianza para la Seguridad del Paciente de la OMS, dentro de su campaña “La Cirugía Segura Salva Vidas” ha sistematizado los principales aspectos de seguridad en la práctica peroperatoria en una lista de verificación, también denominada lista de chequeo o “*check-list*”, que identifica como áreas básicas para la reducción de complicaciones asociadas: la realización de procedimiento quirúrgico correcto en lugar correcto, la anestesia segura, la adecuada prevención de la infección y el adecuado trabajo en equipo en el quirófano.

El compromiso de mantener un monitoreo continuo de los incidentes y su reporte y difusión, conllevan el compromiso personal e institucional por mantener unos estándares de calidad lo más elevados posibles. En la medida que esto sea una realidad, cada día se aportará seguridad y calidad a los pacientes.

En conclusión, la anestesiología ha sido pionera en el estudio de las causas y formas de tratamiento de las situaciones que involucran peligros para el paciente. En la actualidad, el anestesiólogo es una pieza clave del equipo quirúrgico en lo referente a la seguridad del paciente, por lo cual una práctica reflexiva, ajustada a los estándares de tratamiento actuales, en el marco de un sistema de atención capaz de aprender de sus errores, redundará en una mejor calidad de atención y una disminución de la incidencia de eventos adversos.

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses.