

# Carta al Editor

**Dr. Victor M. Whizar-Lugo**

Editor en Jefe

**Anestesia en México**

Estimado Dr. Whizar-Lugo

He leído **Anestesia en México** en varias ocasiones y me llama la atención que se informan casos de complicaciones y artículos con imágenes que nos orientan al discutirse los aspectos negativos, las iatrogenias, los errores involuntarios y algunos incidentes que suceden en el periodo perioperatorio.

Como enfermera quirúrgica en la práctica privada e institucional me he percatado de muchas situaciones anómalas en las salas de operaciones y de recuperación postanestésica, algunas de las cuales han puesto en peligro la seguridad de las personas que son anestesiadas. Desde los errores provocados por el personal de mantenimiento al confundir las conexiones de oxígeno con las del óxido nitroso, hasta el error tan frecuente de administrar un medicamento en lugar de otro, siendo clásica la confusión de las ampolletas de epinefrina con las de atropina por su parecida presentación comercial de casas farmacéuticas diferentes. Esta clase de errores están descritos en la literatura de enfermería y de anestesia que pude consultar y han sido analizados en muchas ocasiones.<sup>1,2,3</sup>

No encontré algún reporte donde el anestesiólogo hiciera recortes al plástico de los dispositivos para verter los anestésicos líquidos volátiles a los vaporizadores, por lo que me pareció indicado enviarle esta carta para comentar este hecho, que en un momento o situación dada, pudiera causar confusión. Las imágenes 1 y 2 ilustran los cambios que realizó un profesional de la anestesia a un dispositivo diseñado para verter el anestésico enflorano, ya en desuso, y poder usarlo con los frascos del sevoflorano.



Figura 1. Dispositivo de enflorano adaptado al frasco del sevoflorano

Lorenza Reyes Casiano  
Enfermera Quirúrgica  
Sanatorio Español  
Matamoros Coahuila, México

## Referencias

1. Krenzschek DA, Clifford TL, Windle PE, Mamaril M. Patient safety: perianesthesia nursing's essential role in safe practice. *J Perianesth Nurs* 2007;22:385-392.
2. Jennings J, Foster J. Medication safety: just a label away. *AORN J* 2007;86:618-625.
3. Wanzer LJ, Hicks RW. Medication safety within the perioperative environment. *Annu Rev Nurs Res* 2006;24:127-155.

## Respuesta del Editor

El papel de la enfermera en la medicina perioperatoria es fundamental y de gran apoyo, no solo para el cirujano, sino también para el anesthesiólogo. Hay países donde existen enfermeras de apoyo exclusivo para los anesthesiólogos, lo cual facilita que el médico dedique más de su tiempo al paciente a su cuidado. En algunos países la enfermera puede participar en forma activa durante el proceso de la anestesia, siempre bajo la supervisión y cuidado de un anesthesiólogo certificado. El hecho que Usted señala es inapropiado y como bien menciona, pudiera facilitar errores en la recarga de los vaporizadores de gases anestésicos, falla que podría ser adjudicada tanto al anesthesiólogo como a la enfermera encargada de rellenar estos vaporizadores. Esto se conoce como responsabilidad vicaria,<sup>1</sup> y está prevista por la ley. Por otro lado, si un vaporizador recibe el anestésico equivocado en repetidas ocasiones, se descalibra y puede sufrir daño que facilite malfuncionamiento. Los errores en la administración de medicamentos en medicina perioperatoria suelen no tener consecuencias y en la mayoría de los casos pasan desapercibidos, o no se informan por temor a ser expuestos ante los demás. Algunos de estos errores pueden ser catastróficos y producir la muerte.

## Referencias

1. Heylen R. The vicarious liability of a surgeon for a negligent anesthesiologist. *Acta Anaesthesiol Belg* 1993;44:61-68.