

Qué hacer ante una catástrofe en anestesiología

Dr. Carlos Rodolfo Moreno-Alatorre*

* Médico Jefe de Anestesiología.
 Hospital Infantil Privado. México, D.F.

“Seguiré la forma de tratamiento que, de acuerdo con mi leal saber y entender, considere mejor para beneficio de mis pacientes, absteniéndome de todo aquello que pueda ser peligroso o dañino”. Hipócrates.

Debo confesar que el nombre de la presente lectura, más que el título de una conferencia del Curso Anual de Actualización en Anestesiología 2006, parece ser el titular de un periódico amarillista. Lo cierto es, que el consenso del grupo de anestesiólogos que planeó el contenido del Capítulo: Aspectos Gremiales en Anestesia», fue incluir en el mismo, una plática con la nominación mencionada.

A pesar de la impresión inicial, que me generó dicho título; cuanto más medito en el mismo, y lo asocio con las “trágicas vivencias” que varios médicos anestesiólogos han sufrido, a consecuencia de la aparición de una complicación grave en sus pacientes, durante un acto médico-anestesiológico, cuanto más me convenzo que estas “amargas experiencias”, tienen una tendencia natural para convertirse en “verdaderas catástrofes”, debido a que conllevan implicaciones: morales, éticas, médico-legales, socio-económicas, profesionales e institucionales, tanto para el médico anestesiólogo, como para su paciente, y los familiares de ambos.

El término “Catástrofe” en su significado más amplio es: “un acontecimiento imprevisto y funesto”. En este orden de ideas, podríamos expresar que una “atástrofe en Anestesiología”, es un acontecimiento imprevisto y funesto, durante un acto médico-anestesiológico y relacionado directamente con el mismo.

Después de una intencionada revisión bibliográfica, debo confesar que los términos, “Catástrofe en Anestesiología” y “Catástrofe Anestésica”, no son usados para referirse a las vivencias experimentadas por un médico anestesiólogo después de la aparición de una complicación grave en su paciente, relacionada con su proceder profesional.

Alejémonos del «amarillismo» propio de algunos periodistas y tratemos de definir lo que entendemos como “Ca-

tástrofe en Anestesiología”: “Es toda aquella complicación perioperatoria (lesión o efecto indeseado), relacionado directamente con el acto médico-anestesiológico, esperada o no, como la presentación de un riesgo inherente, de un efecto adverso o indeseable; o como resultado de impericia o negligencia del médico anestesiólogo; cuya consecuencia puede ser la muerte, o el riesgo de la vida o la integridad anatomofuncional del sistema nervioso central o de otro órgano o sistema, además de generar algún grado de invalidez a un paciente. Pero no sólo lo anterior, sino que esta complicación o acontecimiento indeseable se convierte en el inicio de una serie de graves implicaciones más allá del ámbito médico: morales, éticas, legales, económicas, sociales, profesionales, y familiares, tanto para el paciente, como para el médico anestesiólogo tratante”.

Es sabido que el médico, está altamente motivado para el logro de su objetivo fundamental: la procuración de la Salud, mediante su conservación o su restablecimiento. Lejos está de su intención el producir a sus pacientes algún tipo de daño⁽¹⁾. Esta situación no le es ajena al médico anestesiólogo. Es decir que para este especialista médico, está vigente el juramento hipocrático, del que hemos considerado pertinente enfatizar uno de sus fragmentos, que a la letra dice: **“seguiré la forma de tratamiento que, de acuerdo con mi leal saber y entender, considere mejor para beneficio de mis pacientes, absteniéndome de todo aquello que pueda ser peligroso o dañino”.**

En México hasta el año de 1994, la prestación de los Servicios de Salud, por parte del Estado, de particulares o de ambos en forma simultánea; tenían un esquema definido, que aunque imperfecto, satisfacía eficientemente las demandas sociales. Aún así, debido a la inminente la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLC), fue obligado realizar la comparación del Sistema Mexicano de Salud, con sus homólogos Estadounidense y Canadiense. De dicha comparación, se concluyó, que existían marcadas diferencias o “asimetrías”, entre ellos. De inmediato se hizo

evidente, que la entrada en vigor del TLC, demandaba a los países signantes, entre otras cosas, la homologación de sus Sistemas de Salud.

En el aquel entonces, cualquier médico interesado en conocer y entender el impacto que el TLC, traería a su práctica profesional, estaba en condiciones de comprender los cambios que se avecinaban en la Prestación del Servicio de Salud en nuestra nación.

En la actualidad en México, se han consumado profundas e irreversibles modificaciones, a la forma en que hasta 1994, se prestaban los Servicios de Salud. No sólo esto, sino que a lo largo de los más de 10 años transcurridos, se ha diseñado y aprobado un marco jurídico, que permita la aplicación de modificaciones más ambiciosas, mismas que están en espera, de la situación socio-política y económica oportuna, para ponerlas en vigor. Mientras tanto en forma lenta y quizás imperceptible, día a día, se va transformando ante nuestros ojos, el antiguo modelo mexicano para la prestación de los Servicios de Salud.

En el año de 1992, ante la inminente entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLC), la Academia Nacional de Medicina a través de su Comisión Mexicana de Investigación en Salud, en forma unilateral publicó un documento, que lleva por nombre “El Tratado de Libre Comercio y los Servicios Médicos”, en el cual dan a conocer algunas inquietudes respecto de las “asimetrías” existentes hasta entonces en los Servicios de Salud de las tres naciones signantes (Estados Unidos de América, Canadá y México), y bajo el subtítulo “Consecuencias de la Apertura Comercial” se expresa lo siguiente: “Conviene ahora examinar esas consecuencias en conjunto. Sin duda, la intensificación de la apertura comercial a través del TLC representará oportunidades y riesgos para México, los cuales deberán tenerse presentes en el proceso de negociación a fin de aprovechar cabalmente las primeras y anticipar los problemas que pudieran resultar de los segundos”⁽²⁾.

Más adelante en el mismo documento, entre sus “Recomendaciones”, expresa: “Los riesgos que se pueden prever, se relacionan con el fortalecimiento de la hegemonía del modelo médico curativo, la desprotección del consumidor ante proveedores no calificados, la fuga de divisas y de cerebros, **el surgimiento de la medicina defensiva**, el aumento de los costos de la atención, el recrudescimiento de la inequidad y la subutilización de la infraestructura médica mexicana”⁽³⁾.

Hace poco más de una década (1995), como una de las acciones consecuentes a la entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio de Norteamérica, la Comisión Mexicana de Investigación en Salud de la Academia Nacional de Medicina, en conjunto con su homólogo, el Board on International Health del Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América, en un informe bilateral, daban a conocer, las con-

clusiones del Seminario: “Los Sistemas de Salud ante la Globalización. Retos y Oportunidades para América del Norte”, mencionaban entre otros conceptos: “No cabe duda que nos encontramos ante un proceso crítico de transición del cual habrá de emerger un nuevo orden global. En este contexto, la Academia Nacional de Medicina de México (ANM) y el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América (IOM), decidieron examinar la situación de la atención a la salud en América del Norte, desde la perspectiva de los dramáticos cambios que están dando forma al mundo del siglo XXI”⁽³⁾.

Continuando en el análisis de la misma publicación, encontramos que se afirma, lo siguiente: “Elemento conspicuo del nuevo orden global es la conformación de bloques regionales, de los cuales el más grande del mundo es el creado a raíz del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLC). Ello explica que el TLC haya sido la muestra más evidente y publicitada de integración, pero ésta es un **proceso mucho más profundo, intenso y seguramente irreversible**. Por eso, si bien la colaboración inicial entre las dos academias se ha enfocado en las implicaciones del TLC para los servicios de salud, lo cierto es que el tema central es más amplio y dará lugar a otras iniciativas conjuntas en el futuro”⁽³⁾.

Las conclusiones del mencionado documento⁽³⁾, destacan las grandes diferencias o “asimetrías” que para entonces existían en los Servicios de Salud de los tres países signantes; y la necesidad de minimizarlas, aprovechando las oportunidades y tratando de evitar los riesgos. Lo anterior, en el conocimiento de que los cambios que se instrumentaran en este sentido en la Nación Mexicana, se constituirían en el inicio de un **“proceso mucho más profundo, intenso y seguramente irreversible”**.

A consecuencia de las anteriores conclusiones, desde entonces se tomó conciencia del riesgo, de que en México entre otros fenómenos indeseables, hiciera su aparición la **“Industria de las Demandas”** y la **“Medicina Defensiva”**, tan nocivas en los Estados Unidos de América⁽⁴⁾.

Los indeseables fenómenos mencionados, debían ser analizados, en relación con lo que se calificó, como “asimetría en el poder del paciente”; ya que en México, el paciente con poco poder de compra, tenía también poco o nulo poder de decisión, y escasas alternativas de inconformidad. En cambio en los Estados Unidos de América, con pacientes de gran poder de compra, y por lo tanto, capaces de pagar los Servicios de Salud en forma directa o través de “terceros pagadores” (seguros), se había llegado, en el ejercicio de este poder, al exceso de las demandas judiciales⁽⁴⁾.

Hoy en el año del 2006, a más de 10 años de la entrada en vigor del TLC, en México no sólo se ha iniciado, sino que se ha desarrollado un proceso profundo, intenso e irreversible, de cambios, en la prestación de los Servicios de Salud.

La práctica médica institucional se encuentra en quiebra, y en proceso de ser suplantada por lo que se le ha dado el nombre de “Seguro Popular”. Por otro lado la práctica médica privada en antaño liberal, encuentra hoy una nueva modalidad, “los terceros pagadores” o seguros de gastos médicos, que son ahora “el pan nuestro, de cada día”, situación que indudablemente incrementa el poder del paciente ante su médico tratante, pero que lo deja inerte ante los intereses de los grandes capitales, que se ostentan como “terceros pagadores”, y por lo tanto, dueños de las decisiones que sólo al paciente conciernen.

Por otra parte, en México desde antes del año de 1994, se presentó un fenómeno caracterizado por un incremento real o quizás “artificial” de quejas y/o demandas de pacientes, contra sus médicos tratantes, ante las autoridades del “poder judicial”, situación auspiciada por diferentes intereses, que concluyeron con la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Es cierto que esta comisión en los últimos años, ha conocido de una o de otra forma, la mayor parte de las quejas y/o demandas contra médicos que ejercen su profesión en nuestra nación. También es cierto que esta comisión emite “laudos” tanto en sus conciliaciones, como en sus arbitrajes; y que éstos no tienen aplicación “operativa”, como la sentencia de un juez. Sin embargo, el valor moral que estos “laudos” tienen, con el tiempo han ido adquiriendo mayor “peso específico”, y actualmente suelen ser frecuentemente, refrendados por el ministerio público y por los jueces.

De tal forma, que aunque muchos abogados y no pocos médicos, consideran a esta comisión, como algo innecesario. Lo cierto es que, su creación y su vigencia son parte del proceso de cambios irreversibles que en México se han iniciado. Por consecuencia conviene, que la entendamos integralmente, con todas sus Oportunidades y Amenazas; y en el caso no deseado, de comparecencia, aprovechemos racionalmente sus objetivos que son, la Conciliación y el Arbitraje.

Aún así, en la actualidad un buen porcentaje de nuestros pacientes, saben que agotadas las posibilidades de satisfacer favorablemente su querrela, en la mencionada comisión, es posible acudir ante una autoridad judicial. Pero es conveniente mencionar que el “laudo” emitido por ésta, cada vez es más influyente en el ánimo de un ministerio público o de un juez.

La posibilidad de que un paciente no considere, la opción de demandarnos inicialmente ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, es real. El hacerlo ante el “poder judicial”, es aún, una triste posibilidad en México, y esto es en grado superlativo una “Catástrofe”.

Esta conducta “quejosa o demandante” con o sin razón, de parte de un paciente, hacia su médico tratante, característica de nuestro vecino del norte, y hoy injertada en nuestra

nación, despierta una lógica respuesta, en los profesionales de la medicina, conocida como “medicina defensiva”, con todos sus inconvenientes conocidos. Hoy la “medicina defensiva”, es una realidad en México, que poco a poco toma “carta de naturalización”.

Con respecto a estos “cambios irreversibles” registrados en México en lo que se refiere a la prestación de los Servicios de Salud, el maestro Octavio Casa Madrid Mata, menciona lo siguiente: “Transitamos del caduco paternalismo en la atención médica, hacia la entronización de un modelo autonómico. Esto, innegablemente, es un signo favorable en cuanto a la dignidad e individualización humanas. No obstante, es de suma importancia mantener la objetividad—ningún tránsito es fácil, y éste no puede ser la excepción—; el advenimiento de la autonomía requiere necesariamente de un cambio de actitud y en esto queda mucho por hacer”⁽⁵⁾. Es decir que en México, el antiguo modelo “paternalista”, del “médico de cabecera”, habitualmente bien intencionado y casi parte de la familia, que pensaba y tomaba decisiones por el paciente, ha dejado de existir y ahora opera el binomio —“médico-paciente”—, en el cual ambas partes son autónomas, compartiendo responsabilidades y decisiones. Pero debemos recalcar que la instalación del modelo autonómico en México, no está acabado y debe perfeccionarse.

El advenimiento del modelo autonómico en la prestación de los Servicios de Salud, nos ofrece sus fortalezas y oportunidades, mismas que debemos aprovechar. Pero también es cierto que nos muestra sus debilidades y amenazas, como: el divorcio entre el valor que real y práctico que tiene un acto médico y la evaluación que de él hacen los “profanos”, que no entienden el objetivo fundamental del médico y la medicina. O del divorcio entre el médico y su paciente, no sólo esto, sino en ocasiones el odio mutuo. Las debilidades o amenazas del modelo autonómico, a las cuales nos hemos referido, sin lugar a dudas, son parte de las causales de la “industria de las demandas” y de la “medicina defensiva”. A estas últimas, se refiere el mismo autor⁽⁵⁾: “Hasta la fecha —y esto hay que puntualizarlo— ha existido un cierto divorcio entre la apreciación del acto médico en los establecimientos hospitalarios y su evaluación en el foro; sin duda, se trata de resabios de viejas pugnas nacidas en el inconsciente colectivo; **a ellos obedecen la llamada industria de la demanda y su contrapartida, igualmente pernicioso, la medicina defensiva; se trata de dos facetas de un fenómeno tristemente célebre, el autoritarismo**”.

En forma simplista el quehacer médico o práctica médica sobre un paciente, se resume en la consumación de un acto biomédico. De tal forma, que toda acción profesional de un médico sobre un paciente, desde el punto de vista médico-legal se define como un acto médico. Por lo tanto, toda acción profesional de un médico anestesiólogo sobre un

paciente, desde el punto de vista médico-legal es un acto médico.

Todo acto médico conlleva riesgos o peligros, que pueden ser bajos, moderados, o altos⁽⁶⁾. Son en general los riesgos moderados y altos, los que de no ser prevenidos, identificados y/o tratados tempranamente, pueden traducirse en complicaciones graves, tributarias de una demanda judicial.

Sabemos que la instalación de complicaciones relacionadas con un acto anestésico, no son exclusivas de pacientes moribundos o graves, en los cuales en cierto modo, es de esperarse su aparición. Es más frecuente que se demande a anestesiólogos, cuando se presenta una complicación grave, en un paciente sano o con estado físico I o II según la clasificación de la American Society of Anesthesiologists (ASA).

Todo acto médico-anestesiológico conlleva riesgos o peligros, independientemente del estado físico preoperatorio del paciente, algunos de los cuales pueden ser altos, y potenciales generadores de complicaciones graves. Con la expresión “riesgo anestésico quirúrgico” se englobamos toda aquella posibilidad que puede comprometer el éxito de un acto anestésico quirúrgico, de la curación definitiva, e inclusive la vida o funciones vitales de un paciente.

La American Society of Anesthesiologists en su “ASA Closed Claims Project”, anota en año del 2005, dos causas de demandas judiciales, contra los médicos anestesiólogos que laboran en suelo estadounidense, y son a saber: la “Lesión” y el “Efecto Indeseable”, ambas de no identificarse en forma temprana y tratarse oportunamente, pueden constituirse en complicaciones graves y permanentes, que inclusive produzcan cierto grado de invalidez o la muerte⁽⁷⁾.

“Cuando se revisa la literatura de los últimos 50 años, relativa a la morbilidad y mortalidad en anestesia, es sorprendente constatar que siguen apareciendo las mismas complicaciones, pese a los inmensos progresos realizados tanto en el marco de las técnicas anestésicas, como en el de la vigilancia perianestésica”⁽⁸⁾. Esta expresión literal de Du Cailar, nos permite entender que desde que el médico incluyó en su práctica profesional las técnicas anestésicas, las complicaciones derivadas de éstas han estado presentes, y que éstas siguen siendo las mismas, si no en cantidad, si en calidad, a pesar de los avances registrados dentro de la anestesiología.

A estas alturas de la plática, sabemos que de una o de otra forma, la conducta “quejosa o demandante” de los pacientes de los Estados Unidos de América, hacia sus médicos tratantes, ha sido injertada hoy en México. De tal forma, que lo queramos o no, muchas de las apreciaciones estadísticas de nuestro vecino del norte sobre este tema, poco a poco reflejan y seguirán reflejando con mayor intensidad la situación mexicana. Lo anterior, a pesar de que en México

tenemos una idiosincrasia, una legislación e instituciones procuradoras de justicia, diferentes.

Tenemos que aceptar que la homologación de los Servicios de Salud de los tres países signantes del TLC, ha traído como consecuencia, que en términos generales, México se adecue al modelo estadounidense, y por lo tanto, muchas de las conductas y estadísticas del quehacer médico del vecino del norte, que antes nos eran ajenas, hoy se parecen a nuestra realidad actual, y en el futuro serán semejantes.

Aunque las complicaciones derivadas de un acto médico-anestesiológico, según Du Cailar, han sido las mismas a lo largo de los últimos 50 años⁽⁸⁾; las evidencias reportadas por “The ASA Closed Claims Project”, nos permiten afirmar que conforme se registran avances tecnológicos y farmacológicos y se aplican a la práctica cotidiana de la anestesiología, sobre todo en lo que se refiere a la vigilancia perioperatoria de nuestros pacientes (“monitoreo”), es posible la identificación temprana de un efecto indeseable, y su tratamiento oportuno, a fin de evitar o minimizar una complicación resultante. No sólo lo anterior, sino que en el caso de que se presente una complicación, y seamos demandados por su causa, el hecho de haber tomado estas precauciones de vigilancia —“monitoreo”—, nos abre la posibilidad de que la demanda judicial, no prospere⁽⁷⁾.

De la anterior afirmación, concluimos que a pesar de que se tomen todas las precauciones aconsejadas por la “Lex Artis” (entendiendo por “Lex Artis”, aquella conducta y cuidados recomendados, por literatura médica internacional), los riesgos potenciales, que seguramente hemos advertido a nuestro paciente a través de una “carta de consentimiento informado”, pueden hacerse manifiestos en cualquier momento del acto anestésico, y convertirse en complicaciones graves, lo cual representa para el médico anestesiólogo tratante, no sólo una “desagradable experiencia”, sino una serie de cuestionamientos acerca de su proceder profesional. A partir de este indeseado momento, el médico anestesiólogo puede empezar a vivir una “experiencia catastrófica”.

El mismo estudio⁽⁷⁾, nos informa que de todas las demandas analizadas, el 32%, fueron porque desde el punto de vista del demandante y su abogado, no se empleó un nivel adecuado de «monitoreo», que hubiera permitido la identificación temprana de los efectos indeseables que condujeron a una complicación, y por lo tanto, tampoco se puede intentar algo para evitarlas y/o tratarlas oportunamente.

Según el ASA Closed Claims Project⁽⁷⁾, de un total de 4,183 (100%) demandas judiciales contra anestesiólogos que trabajan en los Estados Unidos de América, conocidas en este análisis, las complicaciones que fueron documentadas, son las que se mencionan en el cuadro I. De estas complicaciones las tres más frecuentes fueron: La muerte del paciente (32 %), la lesión nerviosa (16%), y la muerte cerebral (12%), con un total del 70%. Por otra parte, fácilmente

Cuadro I. Complicaciones más comunes del acto anestésico⁽⁷⁾.

Complicación	%	Promedio de pago	Rango de pago	
Muerte	32	200 000.00	250.00	14 700 000.00
Lesión nerviosa	16	37 000.00	188.00	7 600 000.00
Muerte cerebral	12	700 000.00	2 750.00	23 200 000.00
Lesión de vías aéreas	6	26 250.00	15.00	1 150 000.00
Neumotórax	4	35 000.00	500.00	9 000.00
Lesión ocular	4	40 000.00	25.00	1 000 000.00
Complicaciones sobre el R. N.	3	385 589.00	18 248.00	7 000 000.00
Cefalea	3	9 000.00	752.00	200 000.00
Traumatismo	3	165 000.00	5 000.00	3 000 000.00
Coma	2	13 750.00	1 000.00	600 000.00
Broncoaspiración	3	200 000.00	390.00	4 500 000.00
Lumbalgia	3	30 000.00	2 000.00	1 150 000.00
Infarto de miocardio	2	100 000.00	5 000.00	850.000.00
Quemaduras	2	30 000.00	3 500.00	330 000.00

N = 4183

se pueden distinguir las tres complicaciones, que después de haber sido juzgadas judicialmente, obligaron al médico anestesiólogo a las indemnizaciones más costosas, mismas que son a saber: La muerte cerebral con pago promedio de \$ 700 000.00 US y rango entre los \$ 2 750.00 y \$ 23 200 000.00, la muerte con pago promedio de \$ 200 000.00 US y rango entre los \$ 250.00 y los 14 700 000.00, y las complicaciones en el recién nacido, con un pago promedio de \$ 385 589.00 US y un rango entre los \$ 18 248.00 y los \$ 7 000 000.00.

Podemos concluir este asunto del monto de las indemnizaciones, con la siguiente afirmación: “El 4% de estas demandas resueltas mediante una sentencia judicial, obligaron al anestesiólogo o a su compañía aseguradora, a un pago de \$ 1 000 000.00 US o más”.

Con estos datos de nuestro vecino del norte, podemos ahora entender al menos en parte lo que es la “industria de la demanda” y su no menos nociva contraparte, la “medicina defensiva”.

El mismo estudio menciona que de un total de 4,183 demandas judiciales analizadas, 4,000 fueron contra médicos anestesiólogos que estaban asegurados contra “Mala Práctica”. El 91% de los casos fueron resueltos mediante la sentencia de un juez. El resto (9%), finalmente se resolvió mediante conciliación extrajudicial, y probable indemnización. De las sentencias judiciales, el 62%, fueron en el sentido de indemnizar al paciente o a sus familiares, y sólo el 29%, a criterio del juez no requirieron indemnización.

Las indemnizaciones fueron pagadas, a través de los seguros contra “mala práctica” contratados previamente por los anestesiólogos demandados. Estos seguros fueron expedidos por un total de 35 compañías aseguradoras. Como

dato curioso se anota que estas 35 compañías, aseguran a 14,500 médicos anestesiólogos que laboran en suelo estadounidense, cifra que corresponde al 50% del total de médicos anestesiólogos activos en dicha nación.

Conviene mencionar que estas compañías aseguradoras, poco a poco han ido conformando algunas políticas, que desde su punto de vista, protegen sus intereses, tales como: el negar un nuevo seguro a aquellos médicos que son demandados más de dos veces, o bien a aquéllos cuyas indemnizaciones hayan sido de gran monto o bien incrementar las primas para el refrendo de dichos seguros.

En el mismo estudio⁽⁷⁾, se enfatiza que de todas las complicaciones que motivaron una demanda judicial, el 37% produjo la muerte del paciente, el 39% dejó algún grado de invalidez o incapacidad, y el 24% no presentaron ni muerte, ni invalidez y aún así consideraron pertinente demandar al médico anestesiólogo.

De lo anterior se desprende que de las complicaciones anestésicas en general, las que son más catastróficas para el futuro del médico anestesiólogo, son aquellas que producen la muerte, lesiones irreversibles sobre el sistema nervioso central o periférico, y las lesiones producidas a un neonato (70%). Sin que la anterior apreciación, demerite la importancia del resto de las complicaciones, que en conjunto representan el 30%.

También se desprende de este análisis, que el empleo de la oximetría de pulso y la disponibilidad de los recientes avances para el eficiente acceso de la “vía aérea difícil”, aunados a la necesaria destreza y conocimiento del médico anestesiólogo, sobre estos temas, ha permitido significativamente el descenso de las complicaciones relacionadas con el evento anestésico.

Hasta aquí hemos revisado en sí lo que es y lo que representa en la actualidad, para nosotros médicos anestesiólogos, el cambio en el modelo de la prestación de los Servicios de Salud en nuestra nación. Situación que más que nunca nos enfrenta a la posibilidad cada vez más frecuente de ser demandados, por parte de nuestros pacientes. Y que esta acción, sea el inicio de una catástrofe tanto en nuestra vida personal, como profesional.

Pero aún queda pendiente la respuesta a la pregunta de ¿qué hacer ante una “catástrofe en anestesiología”? Para intentar responder a esta pregunta es necesario que los anestesiólogos comprendamos, que nuestra conducta cotidiana también ha estado cambiando en forma paulatina, y que estos cambios son en parte una reacción natural, los cambios registrados en el modelo mexicano de prestación de los Servicios de Salud.

Los cambios registrados en nuestra forma cotidiana de ejercer nuestra profesión, consciente o inconscientemente, nos van capacitando en forma integral para tratar de desempeñarnos eficazmente en este nuevo entorno. Hoy hemos tomado conciencia y cumplimos cada vez con mayor eficiencia, las obligaciones que todo personal de salud, debe realizar, y que son a saber⁽⁵⁾:

- Obligaciones de medios.
- Obligaciones de seguridad.
- Obligaciones de resultados.

El cumplimiento adecuado de estas obligaciones, por parte del médico anestesiólogo, no sólo le permite desempeñarse eficaz y eficientemente en su ejercicio profesional, sino que se constituye en una labor preventiva ante la posible presentación de una complicación; y en el caso de que esta última se instale y sea demandado, le brinda razonable oportunidad de ser exonerado. Evitando así desde tres niveles la posibilidad de enfrentarnos a una Catástrofe, como consecuencia de nuestro proceder profesional. Definamos los tres niveles de obligaciones antes mencionados.

Obligaciones de medios. Sin duda son las más importantes, y siempre son exigibles a un médico anestesiólogo; podrían definirse de manera genérica, **como la correcta aplicación de las medidas de sostén terapéutico**⁽⁵⁾. En otras palabras, el médico anestesiólogo está obligado a no escatimar, bajo ningún pretexto, ningún recurso de cualquier índole, recomendado por “Lex Artis”, para el beneficio de su paciente y buen resultado de su intervención.

Conviene señalar que el incumplimiento de las obligaciones de medios, no sólo es atribuible al médico anestesiólogo tratante; sino que con frecuencia se atribuye al personal directivo y administrativo de los establecimientos, y por supuesto también el establecimiento, como persona moral puede ser responsable de su incumplimiento.

Obligaciones de seguridad. Se caracterizan como **el deber de evitar siniestros**, se refiere esencialmente al uso correcto y al mantenimiento de aparatos y equipos, a fin de evitar accidentes, y al igual que en las obligaciones de medios, son atribuibles, no sólo al médico anestesiólogo, sino son extensivas al personal administrativo y de mantenimiento, así como al establecimiento mismo.

Obligaciones de resultados. Las obligaciones de resultados o determinadas, son infrecuentes en el quehacer cotidiano del médico anestesiólogo, pues no se nos puede obligar a obtener un resultado determinado.

Cuando se incumplen estos tres tipos de obligaciones, se incurre en un acto iatropatogénico (que no médico-anestesiológico), que según la doctrina estadounidense caracteriza a la “mala práctica”. Pero si vamos a hablar con propiedad de los actos iatropatogénicos, debemos mencionar a: la impericia, la negligencia y al dolo.

En justicia el éxito de una demanda, debería estar basado en la no observancia de las obligaciones antes señaladas, y la demostración de una iatropatogenia, en cualquiera de sus tres modalidades: impericia, negligencia o dolo. Y bajo el precepto jurídico, cristalizado en artículo 2615 del Código Civil del Distrito Federal en Materia Común y para toda la República en Materia Federal: **“El que preste servicios profesionales sólo es responsable, hacia las personas a quienes sirve, por negligencia, impericia o dolo...”**.

En el entendido que, que estos tres términos significan, lo siguiente:

Impericia. Falta de conocimiento o de destreza.

Negligencia. Dejar de hacer lo que la “Lex Artis” recomienda, o hacer lo que la “Lex Artis” proscribe.

Dolo. Maquinación o artificio para engañar. Intención de dañar.

La doctrina jurídica se identifica dentro del término impericia, a la temeridad, conocida también como “impericia temeraria”, por lo tanto, definámosla:

Impericia temeraria. Exposición innecesaria a riesgos por falta de conocimiento o de destreza.

Los únicos elementos para establecer que un acto médico-anestesiológico, carece de legitimidad, y se ha transformado en un acto iatropatogénico, son los siguientes:

- Sometimiento del paciente a riesgo innecesario.
- Agravamiento o muerte del paciente por atención con falta de calidad.
- Presencia de lesiones injustificadas.
- Remuneraciones fraudulentamente obtenidas.
- Realización de prácticas o suministros de insumos notoriamente inapropiados.
- Sustitución o simulación medicamentosa.
- Presencia de actos de violencia física o moral.

- Incumplimiento de obligaciones de medios, de seguridad, y en su caso de resultados.
- Realización de actos médicos sin la previa sanción de comisiones y comités (de investigación, de ética o de bioseguridad o del comité interno de trasplantes).
- Transgresión de normas prohibitivas (abortos delictivos o eutanasia).

Los anteriores conceptos médicos-legales nos permiten dar las siguientes pautas a seguir, antes, durante y después de la presentación de una "Catástrofe Anestésica". Que son las mismas que se deben seguir en cualquier acto médico-anestesiológico:

Antes

- Estar preparado ante la posibilidad de una «catástrofe anestésica».
- Contar con asesoría legal y recursos para un litigio y una posible indemnización.
- Visitar y conocer a nuestros pacientes.
- Explicarles todo lo concerniente al método anestésico planeado, así como darles a conocer los riesgos o peligros a que estará expuesto. Así como, la forma en que se pueden prever y en su caso tratar.
- Hablarles de la posibilidad que se presenten complicaciones relacionadas con el evento anestésico. Así como su tratamiento.
- Pedir al establecimiento en donde ejerceremos nuestra especialidad, nos provea de la papelería necesaria para registrar nuestras notas, registros, indicaciones y cartas de consentimiento informado.
- Redactar una nota de valoración preanestésica, que detalle el estado físico preoperatorio, los datos de laboratorio y gabinete, los riesgos y sus posibles complicaciones. Se anotarán también las indicaciones preanestésicas y el plan de manejo anestésico.
- Se explicará al paciente y en su caso a sus familiares, en forma verbal y por escrito, a través de una Carta de Consentimiento Informado, de la naturaleza del método anestésico propuesto, sus riesgos y de las posibles complicaciones, su prevención y su tratamiento. Esta Carta de Consentimiento Informado deberá ser específica del caso en particular, y será firmada por el paciente o sus familiares, por el médico anesthesiólogo, en presencia de dos testigos, que también deberán firmarla.
- De acuerdo con las obligaciones de medios, antes de iniciar el evento anestésico, verificará el buen estado de los equipos de monitoreo y la máquina de anestesia.
- Pedirá se le abastezca de todos los insumos, equipos, instrumental y medicamentos necesarios, para un desempeño de acuerdo con la "Lex Artis", con especial énfasis la

disponibilidad de diferentes opciones para el acceso de la "vía aérea difícil".

- Instalar eficientemente el equipo de vigilancia transnestsésica, especialmente el oxímetro de pulso.
- Desempeñarse con pericia, en la instalación del acto médico-anestésico.
- Vigilar eficientemente al paciente durante todo transnestsésico, a través de un "monitoreo" adecuado al caso. Con el fin de identificar tempranamente la aparición de algún efecto indeseable, y su posible complicación. En su caso establecer un oportuno tratamiento.
- No separarse del paciente.
- Registrar paso a paso y minuto a minuto, todos los acontecimientos transnestsésicos: la signología vital, aplicación de medicamentos, vías de administración, sus dosis, la perfusión de soluciones, coloides y derivados de la sangre, balance hídrico, efectos indeseables, complicaciones, recuperación de la anestesia, calificación de Aldrete. Si se detecta la aparición de una complicación, destacar las circunstancias de su aparición, y las medidas instituidas previamente, con el objetivo de evitarlas o de identificarlas tempranamente .

Durante

- Es prioritario que cualquier efecto indeseable y/o complicación, sea identificado en el momento de su presentación, con el objeto de que se instituya oportunamente el tratamiento, que la "Lex Artis" recomiende.
- El tratamiento oportuno de una complicación grave, exige del médico anesthesiólogo pericia (conocimientos y destrezas especiales). Por lo que debe estar actualizado y con la habilidad psicomotriz idónea para desempeñarse eficiente y eficazmente durante esos momentos críticos.
- Durante la complicación el médico anesthesiólogo, adquiere Obligaciones especiales de medios y de seguridad; además el establecimiento está obligado a proporcionar los elementos para su cumplimiento.
- El no cumplir con las obligaciones mencionadas en el párrafo anterior, lo expone a que en el caso de ser demandado, esta demanda prospere por negligencia o por impericia, situaciones que están tipificadas como delitos.
- El mayor porcentaje de las complicaciones que pueden desencadenar una catástrofe anestésica, son graves, por lo tanto deberán ser internados en una Unidad de Cuidados Intensivos.
- Se deben registrar con detalle tanto en la nota postanestésica, como en el registro anestésico, la forma de aparición de la complicación, su identificación temprana, su tratamiento oportuno, el cumplimiento de las obligaciones especiales de medios y de seguridad, los resultados del tratamiento, y su pronóstico.

- Se debe solicitar en su caso, la asistencia de otros especialistas, que apoyen el tratamiento durante y después de la aparición de la complicación.
- El médico anestesiólogo estará empeñado en el tratamiento de la complicación, pero en ningún momento será recomendable la temeridad o la exposición del paciente a riesgos innecesarios.
- El médico anestesiólogo, no debe abandonar a un paciente durante la instalación de una complicación, deberá tratar de estabilizarlo, e instalarlo en una Unidad de Cuidados Intensivos, al cuidado de especialistas capacitados.

Después

- Constatar que todo el expediente clínico esté completo, con notas, exámenes de laboratorio y gabinete, registros, valoraciones, y cartas de consentimiento informado adecuadamente otorgadas.
- En lo que respecta a notas de anestesia y registro anestésicos, deberán ser meticulosamente hechas, sin tachaduras o incongruencias.
- Hablar con los familiares del paciente y explicarles lo pertinente.
- Si percibe que los familiares pretenden levantar un acta ante el ministerio público en ese momento, por lesiones o por homicidio (según el caso); en cuanto pueda dejar el caso en las manos de un médico capacitado, debe abandonar el establecimiento, pues pudiera ser consi-

derado como un caso «in fraganti», y por lo tanto, ser detenido.

- Ponerse en contacto con un abogado versado en asuntos médico-legales.
- Una vez que confía plenamente en la capacidad del abogado seleccionado, cumplir fielmente con sus requerimientos.
- Visitar a su paciente hasta la resolución de la complicación, fallecimiento, o declaración de permanencia de una invalidez resultante de la misma. Registrando el expediente clínico notas que den testimonio de su presencia, en ellas podrá emitir opiniones diagnósticas, terapéuticas o pronósticas.
- Tener a la mano los documentos pertinentes: Título, Diploma de Especialidad, Patente de Especialista, Certificado de Consejo de Especialidad, Copia certificada del expediente clínico, póliza vigente de seguro de responsabilidad civil, y en su caso un amparo contra actos del ministerio público o de un juez.
- Acercarse a un cuerpo colegiado idóneo con el objeto de recibir asesoría y en su caso gestoría.
- Buscar peritos idóneos, que en su caso podrán opinar.
- Redistribuir prudentemente el tiempo, con el objeto de incluir dentro de las actividades, las que demandan la atención y seguimiento de un proceso ya sea en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico o ante un Ministerio Público y posteriormente en caso de prosperar la demanda en diferentes instancias del poder judicial.

REFERENCIAS

1. Introducción. En: Frenan P, Gómez DO, Frenk J. *Lois sistemas de Salud ante la Globalización. Retos y Oportunidades para América del Norte. Síntesis de los Seminarios. Comisión Mexicana de Investigación en Salud. Academia Nacional de Medicina. 1995:13-16.*
2. Consecuencias de la Apertura Comercial. En: *El Tratado de Libre Comercio y los Servicios de Salud: Elementos para el Análisis y la Negociación. Comisión Mexicana de Investigación en Salud. Academia Nacional de Medicina. México D. F. Primera Edición. 1992:45-49.*
3. Recomendaciones. En: *El Tratado de Libre Comercio y los Servicios de Salud: Elementos para el Análisis y la Negociación. Comisión Mexicana de Investigación en Salud. Academia Nacional de Medicina. México D.F. Primera Edición. 1992:53-56.*
4. Síntesis Ejecutiva. En: *El Tratado de Libre Comercio y los Servicios de Salud: Elementos para el Análisis y la Negociación. Comisión Mexicana de Investigación en Salud. Academia Nacional de Medicina. México D.F. Primera Edición. 1992:11-20.*
5. Casa Madrid MO. Introducción. En: *Casa Madrid MO. La Atención Médica y el Derecho Sanitario. Segunda Edición Editorial Alfil. México, D. F. 2005.*
6. François G. El Examen Preoperatorio. La Premedicación. El Riesgo Operatorio. En: François G, Cara M, Du Cailar J, D'Athis F, Gouin F, Poisvert M. *Anestesiología. Editorial Masson, S. A. París. 1984: 315-338.*
7. Caplan AR. The ASA Closed Claims Project: Lessons Learned. *Annual Meeting Refresher. Course Lectures. 2005:129.*
8. Du Cailar J, Biboulet P. et d'Athis F. *Epidémiologie de la mortalité et de la morbilidad en anesthésie. Encycl. Med. Chir. (Elsevier, Paris-France). Anesthésie-Réanimation, 36-400-A-05, 1997, 20 p.*

