

MÉDICO-LEGAL

Vol. 33. Supl. 1, Abril-Junio 2010

pp S143-S145

Actitud del grupo quirúrgico en caso de muerte en quirófano

Dr. Fernando Alfaro-Victoria*

* Médico Anestesiólogo. Hospital ABC. Miembro del Comité Dictaminador. CMA.

Lo peor no es cometer un error, sino tratar de justificarlo.
Ramón y Cajal.

INTRODUCCIÓN

La anestesiología, es una especialidad que con razón, ha sido calificada como una actividad crítica y riesgosa, ya que las lesiones emergentes de la práctica anestésica son generalmente la muerte o graves daños neurológicos, ya que durante la administración de las diferentes técnicas anestésicas existen riesgos, en lo que respecta a la vida y complicaciones no mortales que pueden constituir para el paciente lesiones adicionales eventualmente irreversibles⁽¹⁾.

En la actualidad es posible afirmar que los procedimientos anestésicos son más seguros y menos desagradables que hace unos 50 años, sin embargo no olvidar un factor importante en la génesis de los accidentes anestésicos: el error humano.

Entre los factores que han contribuido a la evolución satisfactoria de la anestesia se menciona el conocimiento más completo de la fisiología y la farmacología, la valoración preoperatoria de los pacientes y su preparación adecuada con la intervención de otros médicos especialistas (cardiólogos, intensivistas, neumólogos, geriatras, etc.), la introducción de medicamentos más seguros y con menos efectos colaterales, como los relajantes neuromusculares y agentes de inducción, y que decir de las técnicas modernas de monitoreo, entre las que destacan por su importancia la oximetría de pulso y la capnografía, sin dejar de mencionar otros medios de monitoreo invasivo no menos importantes⁽²⁾.

La mayoría de los anestesiólogos, en su trayecto profesional, pueden experimentar la muerte perioperatoria o lesiones graves a los pacientes. Esta situación tiene consecuencias psicológicas y profesionales adversas para el profesionista, como por ejemplo: tristeza, culpa y angustia.

Problemas que si no son adecuadamente canalizados y tratados pueden originar efectos deletéreos para el anestesiólogo, como son depresión, abuso de drogas, suicidios y alcoholismo.

Paradójicamente, los anestesiólogos somos educados y entrenados para evitar los desastres y las complicaciones en el quirófano, ambiente de gran responsabilidad, generador de situaciones estresantes, pero nunca se nos enseña cómo enfrentar las catástrofes anestésicas.

Estos eventos trágicos son fuente importante de angustia que junto a las consecuencias legales tienen profunda repercusión profesional y emocional para el anestesiólogo, la segunda víctima.

La capacidad del anestesiólogo se compromete después de estos efectos adversos, algunos colegas logran recuperarse en días o meses, otros por el contrario nunca se recuperan o tardan años en hacerlo.

En el presente trabajo se consideran los factores importantes que se originan como respuesta a las catástrofes perioperatorias y se discuten las estrategias para disminuir el impacto profesional y psicológico que estos eventos adversos representan para el profesional en anestesiología.

CONCEPTOS⁽³⁻⁵⁾

Error médico

Conducta clínica equivocada en la práctica médica, como consecuencia de la decisión de aplicar un criterio clínico incorrecto.

Nota: en el curso del texto se menciona «el paciente», obviamente me refiero cuando el enfermo sobrevive al evento adverso.

Evento adverso

Es el daño o lesión causado por el tratamiento médico que prolongó la hospitalización o la atención médica y que generó incapacidad temporal o permanente.

Cuasi fallas

Son eventos adversos que estuvieron a punto de ocurrir y que no llegaron a consumarse.

Evento centinela

Daño severo para la salud o la vida del paciente, con riesgo de muerte y de consecuencias graves.

Muerte perioperatoria

Muerte del paciente durante un período de 2 días posteriores al procedimiento.

Segunda víctima

El médico ha sido considerado la segunda víctima cuando se presentan daños iatrogénicos, por el riesgo de demandas y reclamaciones, y al enfrentar culpas y remordimientos que el profesional responsable experimenta cuando percibe que perjudicó al paciente.

PLAN BÁSICO⁽⁶⁾

Posterior a las maniobras de resucitación cardiopulmonar satisfactorias, el anestesiólogo responsable seguirá a cargo del paciente protegiéndolo de daños posteriores, es decir, verificar que el mecanismo causa del daño ha terminado y que no hay posibilidad de que aquél se prolongue.

Cumplidas estas obligaciones y durante toda la evolución del proceso, el anestesiólogo no debe aislarse, debe implicarse en el caso.

Especial atención merece la elaboración de notas detalladas y la documentación de los hechos en el expediente clínico, con la hoja de registro anestésico elaborada en secuencia cronológica anotando la secuencia del tratamiento y maniobras de resucitación. Se sugiere que durante el curso del evento adverso se encomiende a una persona el anotar la evolución y características del evento.

Respecto al expediente clínico, documento fundamental en la problemática médico-legal nunca se debe modificar o agregar notas tardías («maquillar») que no tienen relación cronológica con los hechos.

Mientras los detalles del suceso son frescos y con objeto de aliviar ansiedades o malos entendidos, todo el grupo

quirúrgico que participó, se pondrá de acuerdo en elegir un representante que se encargará de establecer contacto con el paciente o los familiares (habitualmente el médico tratante) e integrar un informe con uniformidad de criterios, mismo que será entregado a las autoridades hospitalarias, Comités de Morbimortalidad y en caso de requerirse a las instancias legales.

El documento en cuestión será fundamental para iniciar el diálogo y discusión con el paciente o los familiares, en caso de defunción.

De interés primordial es la inspección del área quirúrgica, lugar de los hechos. Se recomienda cerrar el quirófano, no desconectar el equipo anestésico, incluyendo monitores, bombas de infusión, conservar jeringas, agujas, ampollas, sangre, soluciones endovenosas e incluso preservar la basura. En ocasiones la solución del problema se descubre tardíamente, ejemplo: jeringas con medicamentos equivocados., soluciones endovenosas sin identificación del contenido⁽⁶⁾.

Recuperar los datos impresos en la memoria del aparato de anestesia, de ser posible tomar fotos de la pantalla donde aparece el resumen del caso.

Evitar modificar, limpiar, desarmar o tratar de reparar el equipo anestésico. Las únicas personas autorizadas serán los ingenieros biomédicos y/o los representantes del material anestésico en cuestión. Todo el equipo debe guardarse y no usarse hasta haber completado su revisión cuidadosa.

Muy importante es preservar la seguridad de los pacientes que serán anestesiados en el mismo quirófano, teniendo la certeza y confirmación del buen funcionamiento del equipo anestésico.

Hacer una *revisión general* de nuestro material de trabajo antes de retornar al servicio rutinario.

ACTITUD ANTE EL PACIENTE Y LA FAMILIA⁽⁶⁾

La comunicación es el componente más importante en la relación médico-paciente, constituye un factor determinante en las quejas o demandas⁽⁷⁾, la inefectiva comunicación origina el litigio pues el paciente o los familiares perciben la falta de solidaridad y la no información del médico. El deseo de una explicación y excusas no manifestadas causan la ira y son causa de la acción legal, ya que los familiares buscan el reconocimiento el error.

El silencio del médico en lugar de prevenir la demanda la provocan, los médicos somos resistentes a discutir y aceptar nuestros errores, el negar los hechos es una defensa negativa.

Al paciente y familiares les interesa saber qué sucedió, cuál fue el error ¿qué salió mal? El diálogo con el paciente y familiares se realiza dentro de las 24 horas posteriores al evento adverso, cuando todos los participantes están preparados física y emocionalmente, obviamente la entrevista se

debe realizar en sitios confortables, cómodos sin interrupciones y sin ruido.

La disculpa y la empatía calman el enojo y reducen el nivel de emoción, facilitando el camino para llegar a soluciones en lugar de largos, penosos y costosos litigios.

LA SEGUNDA VÍCTIMA⁽⁶⁾

Cuando sucede un evento adverso el anestesiólogo se convierte en la segunda víctima apareciendo una serie de problemas como sentimiento de culpa, pérdida de la autoestima y depresión. La habilidad profesional es cuestionada y se tiene temor al litigio.

El anestesiólogo desconoce qué hacer ante estas circunstancias, pues se plantea la inevitable situación de discutir el resultado adverso con el paciente o la familia⁽⁸⁾.

¿Qué debe decir? ¿Cómo puede reaccionar la familia? El anestesiólogo suele tener miedo de aceptar el error y de que la información que proporcione se use en su contra en caso de demanda.

Estas situaciones crean conflictos internos con remordimiento y angustia, con dificultad para discutir el caso por miedo de que se dude de su competencia o habilidad en la práctica profesional. La atmósfera profesional suele ser estéril, sin atención a las necesidades emocionales del médico afectado.

Desconociendo cómo manejar estos problemas emocionales, y junto con la tensión característica de la profesión, se origina la depresión, el abuso de sustancias y en situaciones extremas el suicidio.

¿Qué hacer para ayudar a la segunda víctima?

Es prudente que el anestesiólogo suspenda sus actividades profesionales por algún tiempo, mínimo durante las 24 horas subsiguientes al evento, ya que la capacidad cognoscitiva y profesional se afectan seriamente, con posibilidad de presentarse malos resultados si el anestesiólogo continúa trabajando.

Se debe crear un ambiente óptimo para discutir y reducir la ansiedad y vergüenza del anestesiólogo, apoyando y fomentando el diálogo de los hechos, siempre con empatía hacia el compañero afectado, sin criticarle o manifestarle abiertamente su error. Recordar que los médicos somos notoriamente negados a buscar ayuda profesional.

La Institución hospitalaria, a través del Comité de Morbimortalidad, y el Departamento de Anestesiología deben crear políticas y procedimientos, no punitivos, para discutir y prevenir los eventos adversos, proporcionando además soporte y ayuda psicológica al anestesiólogo implicado.

CONCLUSIONES^(9,10)

1. En base a los eventos adversos tomar medidas correctivas para evitarlos en el futuro.
2. Evitar el muro del silencio.
3. Archivar y publicar las historias de los pacientes y/o familiares que experimentaron un evento anestésico adverso (base de datos).
4. Distribución a todas las residencias de anestesiología así como a escuelas de medicina para su incorporación en los programas de enseñanza.
5. Cambiar la cultura de la «culpa» por la cultura del «aprendizaje».
6. Establecer comités para el análisis y conclusiones de los eventos adversos con la participación de todo el personal implicado en el accidente anestésico. (evento centinela).
7. Ser sensible a las necesidades emocionales de nuestros colegas, la segunda víctima.
8. Ante un accidente anestésico o lesiones graves al paciente, contar con un «ombudsman» y abogados, disponibles de inmediato para iniciar la interpretación de resultados, facilitar la comunicación y organizar el apoyo al paciente y familiares.

REFERENCIAS

1. When Things go Wrong. Responding to adverse events. A Consensus Statement of the Harvard Hospitals. March 2006.
2. Aguirre GH. El error médico: Eventos adversos. Revista Conamed 2005;11:38.
3. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. 3rd edition. Effective January 2008.
4. Gaba MD. What to do after an adverse event. APSF Newsletter 2006;21:1- 20.
5. Infante CC. Quejas Médicas. Ed. textos mexicanos; 2006:44-46.
6. Campos CM, Carrillo JA. Reporte de errores médicos como estrategia para la prevención de eventos adversos. Revista Conamed. 2008;13:17-22.
7. Gaba MD, Fish JK, Howard KS. Crisis management in anesthesiology. Churchill Livingstone. 1994:31-46.
8. Hove DL, Steinmetz J, Christoffersen KJ, et al. Analysis of deaths related to anesthesia in the period 1996-2004 from closed claim registered by the danish patient insurance association. Anesthesiology 2007;106:675-80.
9. Lagasse SR. Anesthesia safety. Model or Myth? Anesthesiology 2002;97:1609-17.
10. Patient perspectives personalize patient safety. APSF Newsletter 2005-2006;20:61-65.