

El anestesiólogo ante la muerte

Dra. Laura Daniela Trejo-Callejas*

* Anestesióloga Pediatra Certificada por el Consejo Mexicano de Anestesiología y Anestesiología Pediátrica. Maestra en Tanatología. Médico Adscrito UMAE Hospital General CMN La Raza.

*Nos dedicamos a la medicina porque valoramos la vida
y porque deseamos salvar a la gente...
¿Qué hacemos cuando no podemos salvar esa vida?
¿Cómo lidiamos con las emociones?*

Tratar con la muerte nunca es fácil y, aunque existe desde que comenzó la vida, el hombre siempre le ha temido, tanto a la muerte en sí como un hecho, como a la incertidumbre de qué hay más allá.

El médico es el profesional con más contacto con la muerte, durante la vida profesional, específicamente del anestesiólogo, se ha reportado que hasta el 92% han experimentado una muerte intraoperatoria y un tercio de éstas se presentó de manera inesperada.

Los centros formativos en anestesia se enfocan en la prevención, diagnóstico y tratamiento de eventos potencialmente mortales; sin embargo, cuando éstos ocurren ese entrenamiento no nos prepara para tratar con las consecuencias en la vida personal y profesional. Dichos eventos perioperatorios pueden resultar en daño al paciente (incluyendo secuelas temporales o permanentes) e incluso la muerte. Aquéllos que se presentan durante la cirugía electiva parecen tener mayor impacto en el personal de salud que aquéllos en procedimientos de urgencia⁽¹⁾.

La relación entre el anestesiólogo y el paciente es única, usualmente se basa en una visita preoperatoria en la que se desarrolla un vínculo de confianza, es entonces cuando recae en el anestesiólogo por completo la responsabilidad de cuidar de esa vida, razón por la cual pueden desarrollarse sentimientos de culpa y/o frustración ante un evento como una muerte perioperatoria.

Un alto porcentaje de anestesiólogos experimentan eventos adversos personales y profesionales posteriores descritos a corto plazo como remordimiento, culpa, pensamientos y sentimientos de culpa recurrentes acerca de cómo aquella situación pudo haber sido diferente, pérdida de la autoconfianza y vulnerabilidad a cometer errores. Dichos síntomas se han equiparado al trastorno por estrés postraumático. Las secuelas a largo plazo incluyen depresión, crisis nerviosas y ausencias laborales prolongadas por enfermedad⁽²⁾.

La Asociación de Anestesiólogos de Gran Bretaña e Irlanda reconoce la naturaleza estresante de tal evento y la asocia con un incremento en la vulnerabilidad de los profesionales al suicidio, abuso de sustancias y adicciones. Propone que dicha vulnerabilidad es el resultado de inadecuados mecanismos de manejo del estrés, así como deficientes redes de apoyo dentro de la profesión, confirmando que existen diferentes factores que influyen las reacciones individuales a un evento como la muerte de un paciente como el carácter y la resiliencia⁽³⁾.

Las recomendaciones de los autores que han tratado el tema de la muerte perioperatoria se emiten en dos sentidos: el administrativo/laboral y el psicológico/emocional. Con respecto a los primeros: apoyo por parte de colegas y autoridades para que el anestesiólogo afectado pueda interrumpir sus labores al menos ese día, organización de sesiones de análisis y retroalimentación del caso, sesiones educativas con personal en formación y asesoramiento, entre otros.

Por otro lado, el apoyo emocional incluye: compartir la experiencia con un colega (algunos recomiendan que sea alguno con mayor experiencia) y la asistencia a terapia para manejo del estrés. Dichas acciones están encaminadas a evitar el fenómeno de la primera, segunda y tercera víctima, descrito por Martin y Roy, en el cual el paciente que fallece es la primera, el anestesiólogo es considerado la segunda por la afectación emocional y profesional, y si sus capacidades resultan afectadas como consecuencia del estrés experimentado; el siguiente paciente atendido por dicho anestesiólogo podría convertirse en la tercera⁽⁴⁾.

El trabajo del anestesiólogo se ha caracterizado por ser estresante, con largas jornadas laborales y toma de decisiones de forma rápida. El reconocimiento del ejercicio de nuestra profesión como una actividad que tiene limitaciones en cuanto a la irreversibilidad del fenómeno de la muerte en muchos casos evitará considerarla como el enemigo a vencer, así como los sentimientos de frustración y fracaso profesional⁽⁵⁾.

El concepto popular de que «el médico lucha contra la muerte» lo coloca en la posición de perdedor obligado.

REFERENCIAS

1. Jithoo S, Sommerville TE. Death on the table: anaesthetic registrars' experiences of perioperative death. *Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia*. 2017;23:1-5. doi: 10.1080/22201181.2017.1286064.
2. Serou N, Sahota L, Husband A, Forrest S, Moorthy K, Vincent C, et al. Systematic review of psychological, emotional and behavioral impacts of surgical incidents on operating theatre staff: Impact of surgical incidents on operating theatre staff. *BJS Open*. 2017;1. 10.1002/bjs5.21.
3. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland (AAGBI). Catastrophes in anaesthetic practice-dealing with the aftermath. 2015. Available from: <https://www.aagbi.org/sites/default/les/catastrophes05.pdf>
4. Martin TW, Roy RC. Cause for pause after a perioperative catastrophe. *Anesth Analg*. 2012;114:485-487. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1213/ANE.0b013e318214f923>.
5. Heard GC, Thomas RD, Sanderson PM. In the aftermath: attitudes of anesthesiologists to supportive strategies after an unexpected intraoperative patient death. *Anesth Analg*. 2016;122:1614-1624.