

# **PARTICULARIDADES DEL EJERCICIO DE LA ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN**

**Artículo de revisión**

**Autoras: Dra. Sarah López Lazo\* y Dra. Arline González Catá\*\***

**Hospital Provincial Docente “Manuel Ascunce Domenech” Camagüey**

**\* Especialista de 2do. Grado en Anestesiología y Reanimación. Especialista de Segundo Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Auxiliar. ISCM-Camagüey. E-mail: [sarahlopez@shine.cmw.sld.cu](mailto:sarahlopez@shine.cmw.sld.cu)**

**\*\* Especialista de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación. Instructor. Facultad de Medicina Ciego de Ávila.**

## RESUMEN

**Introducción:** El ejercicio de la anestesiología es quizás la práctica clínica que más le exige al profesional desde el punto de vista de seguridad. Escoger la decisión más correcta implica el análisis rápido de las alternativas más apropiadas y puede establecer el límite entre el éxito o el fracaso de su gestión, lo que en ocasiones puede ser la diferencia entre la vida y la muerte del paciente que se confió a nosotros. **Objetivos:** Brindar algunas reglas y recomendaciones para evitar situaciones que pudieran redundar en dificultades legales y mas que nada en perjuicio de la vida de nuestros pacientes. **Desarrollo:** “El ser humano, se fortalece como tal, incrementa su credibilidad y liderazgo cuando existe congruencia entre lo que dice y hace”. Somos los anesthesiologos los que con nuestros conocimientos profesionales y jurídicos debemos prepararnos cada día más para los nuevos retos que el desarrollo tecnológico nos impone. **Concluimos** que es importante para el anesthesiologo reconocer que es responsable de la seguridad de su paciente. Que la anestesia es un acto estrictamente médico, que debe promover la optimización de la asistencia anestésica, que el estudio es fundamental para mantener en alto la especialidad, que debe de actuar con pericia y prudencia, que debe de tener conocimiento de la ley y que su actitud es la que marca la diferencia ante su vida profesional llena de responsabilidades.

**Palabras claves:** responsabilidad profesional, trabajo del anesthesiologo

## INTRODUCCIÓN

A principios del siglo pasado James Young Simpson cirujano escocés, señaló: “Un enfermo posee más probabilidades de morir si se interna en un hospital, que si lo hace en el campo de batalla de Waterloo”. Esta aseveración ha ido cambiando a medida que el tiempo ha pasado y el desarrollo de la Anestesiología, ha contribuido en forma decisiva a este cambio <sup>1</sup>.

Desde la época de Hammurabi (1780 ANE) se escribió el Primer Código de la Historia, en el cual se juzgó el actuar del médico que no cumplía correctamente con las intervenciones que realiza: <sup>2-15</sup>. Este señalaba que: Si un médico ha tratado a un hombre libre de una herida grave con la lanceta de bronce y ha hecho morir al hombre, si ha abierto la nube del hombre con la lanceta de bronce y destruye el ojo del hombre, se le cortarán las manos.

Hipócrates (460-377 ANE) <sup>2</sup> dijo: “Fijaré el régimen de los enfermos del modo que le sea más conveniente, según mis facultades y mi conocimiento, evitando todo mal e injusticia”, el Código de Montpellier en los inicios del siglo XX señala: El enfermo espera los mejores cuidados, razón por la cual, el médico tiene la obligación de estar al corriente del movimiento científico; toda negligencia de su parte puede ser considerada como una falta <sup>3</sup>.

Igualmente el Código Internacional de Ética Médica, Inglaterra, Octubre 1949, sostiene que el médico debe mantener siempre el nivel más alto de conducta profesional <sup>4</sup>.

John Snow, en 1,858, publicó estudios estadísticos de mortalidad por anestesia, desde entonces se han realizado muchos estudios de las causas de los accidentes anestésicos, tratando de demostrar como prevenirlos.

La responsabilidad profesional ética establece que "todo médico deberá abstenerse de formular prescripciones o utilizar técnicas cuyo manejo desconoce o para los que no está preparado. Será responsable de los daños causados por negligencia, impericia, ignorancia o abandono inexcusables <sup>5</sup>.

La responsabilidad médica dentro de la medicina privada ha ido cambiando, en las últimas dos décadas se viene produciendo un incremento importante de reclamaciones ante la Administración de Justicia por supuestas malpraxis médicas. Esto ha supuesto el origen de la llamada "medicina defensiva" (para evitar en la medida de lo posible conflictos de tipo legal) que en muchas ocasiones va en detrimento del paciente, del propio profesional y del presupuesto sanitario del país <sup>6</sup>.

La anestesia es un acto estrictamente médico<sup>7</sup>. Por ser el Anestesiólogo-Reanimador moderno, el clínico a la cabecera del enfermo, el responsable de su seguridad, que no sólo realiza la hipnosis en la anestesia general y la eliminación del dolor sino que también protege al paciente del stress y la reacción neuro-endocrina que los estímulos nociceptivos creados en el campo quirúrgico y la anestesia que desencadenan, que rrealiza Medicina Perioperatoria, ya que atiende el pre, el intra y el postoperatorio, que evalúa la historia clínica del paciente, el interrogatorio necesario, el examen físico y la interpretación de los complementarios que integralmente forman parte de la necesaria evaluación

preoperatoria, que de acuerdo a la evaluación clínica preoperatoria estratifica el riesgo anestésico-quirúrgico y delinea la táctica y la estrategia anestésica, así como atiende y controla las enfermedades asociadas que muchos pacientes presentan (cardíacas, vasculares, pulmonares, renales, hepáticas, endocrinas entre otras) y que con su impacto sobre órganos y sistemas puede agravar el pronóstico<sup>8</sup>. Que debe disponer de un amplio conocimiento de la farmacodinamia y de la farmacocinesia, no solo de los agentes anestésicos generales y locales, sino también de una amplia gama de medicamentos de uso parenteral en pacientes críticos y de emergencia. Además, la anestesia moderna exige un complejo de monitorización de funciones vitales hemodinámicas, respiratorias, renales, de coagulación, metabólicas cuya implementación y registros solo pueden ser adecuada y correctamente interpretados por el conocimiento de un médico.

### **Particularidades del trabajo del anesestesiólogo**<sup>9-12</sup>

La labor del anesestesiólogo tiene una serie de características peculiares que le hace ser únicas en la profesión médica.

- Resuelve situaciones vinculadas con la actividad de otros profesionales que en ocasiones son negligencias.
- Provoca situaciones críticas y riesgosas.
- Utiliza drogas con alta potencialidad letal intrínseca.
- Sobrecarga de información proveniente de los monitores y los plazos para corregir las consecuencias propias de la actividad profesional (inclusive sus errores).

- Es una medida de apoyo para un procedimiento o para una intervención quirúrgica.
- Hace correr riesgo al paciente, sin ofrecerle ningún beneficio terapéutico.
- Los objetivos de las otras especialidades son terapéuticos, los nuestros son facilitadores.
- Otras especialidades son evaluadas teniendo en consideración índices de curación, nosotros, por la ausencia de complicaciones.
- Poca relación médico-paciente y médico-familiares.
- Provoca inestabilidad de la vía respiratoria superior.
- Documento de historia anestésica de reducido tamaño y gran anarquía en el diseño.
- Requiere la presencia permanente y personal del médico.
- Primero en entrar y último en salir del quirófano.
- Administra en forma personal y en un período de tiempo breve gran número de medicamentos

### **Acciones que posibilitan incurrir en responsabilidad penal** <sup>13-28</sup>

Enumeramos una serie de acciones que de ser omitidas o al aparecer, pueden dar lugar a incidentes o accidentes que deriven en responsabilidad penal.

- La falta de visita y análisis previo.
- Ignorar la revisión de las generales del paciente y la comprobación del lugar de la intervención quirúrgica.
- Error en la medicación preanestésica.
- Falta de revisión de los equipos y silenciar las alarmas.

- Falta de comprobación del nivel de los gases.
- Falta de previsión de una intubación endotraqueal dificultosa.
- Intubación esofágica.
- Pérdida de dientes.
- Falta de coordinación en los movimientos bajo anestesia.
- El cambio en la presentación habitual de un medicamento o presentaciones similares en color y formas.
- Complicaciones derivadas de la posición inadecuada: lesiones de los nervios las más frecuentes son las del plexo braquial, seguido por lesión de los nervios cubital, lesión radial y del peroné que pueden acompañarse de paraplejías y lesiones sacrolumbares que se deben a la carencia de un acolchado adecuado, el uso de torniquetes, la inadecuada posición, lesión de ojos y cara, lesión de piel, reflejos vagales, e incluso cuando se producen lesiones lejos del área de la operación se infiere falta de cuidado.
- En la colocación del paciente es necesaria la cooperación entre anestesiólogo y cirujano a fin de lograr la posición que más facilite el acceso quirúrgico y que no conduzca a daño en el paciente. Todos los miembros del equipo deben trabajar en conjunto para afirmar con seguridad al paciente, cuyos reflejos protectores no funcionan y hay pérdida del tono muscular.
- Transfusión de sangre heterogrupal
- Falta de vigilancia y de atención postoperatoria inmediata
- Inyección intraarterial de barbitúricos.

La Historia anestésica debe de reunir una serie de características <sup>29</sup>:

1. Completa
2. Coherente
3. Ordenada
4. Veraz
5. Sin espacios en blanco
6. Autorizaciones incluidas
7. Fechada y firmada
8. Legible

De no reunir las puede convertirse en enemigo.

Existen una serie de **reglas** que debemos tener presente para la administración de la anestesia <sup>30</sup>.

- ✓ Jamás el riesgo de una anestesia debe ser mayor que el riesgo de una operación.
- ✓ No debe practicarse sin previo consentimiento del paciente.
- ✓ Nunca debe anesthesiarse sin testigos.
- ✓ Jamás debe usar las drogas fuera de las indicaciones imperativas y precisas para aliviar el dolor.
- ✓ El cirujano debe respetar al anesthesiólogo (en el territorio de su especialidad).

Por último hemos recopilado una serie de recomendaciones para el actuar del anesthesiólogo <sup>31,32</sup>.



Practicar una medicina actualizada, está obligado a periódicas puestas al día e intenso intercambio de experiencias, positivas o negativas, con colegas de la misma especialidad tanto dentro como fuera del país.

- Lista de chequeo de equipo requerido por las normas mínimas de seguridad
- Elevar la Calidad de los Servicios y aproximarse a la excelencia
- Actuar con bases científicas, éticas y de orden clínico.
- Conocimiento de la Ley.
- Actuar acorde con los Estándares y Protocolos establecidos.
- Son Infracciones del Deber Objetivo de Cuidados: la imprudencia, la Impericia, la negligencia y la inobservancia de leyes y reglamentos.
- Seguir estándares y protocolos.
- Consentimiento informado sin delegar las explicaciones.
- Lograr una buena relación Paciente-Familiar- Cirujano-Anestesiólogo
- Exigir exámenes necesarios.
- Elaborar una Historia Clínica Anestésica completa.
- Conciencia ejercicio actividad riesgosa
- Diseñar un espacio bien organizado.
- Utilizar los medicamentos más seguros.
- Identificar las jeringas
- Actitud consecuente ante el error.
- Difusión de información sobre seguridad.
- Comunicación de cualquier incidente.
- NO a la Medicina Defensiva.

- Gerencia de riesgo y seguridad
- Evitar comentarios intencionales entre Colegas.
- Formar, educar, supervisar y extremar la selección del Personal Paramédico.
- Vigilancia Pos-anestésica permanente.

Muchos legos, independientemente del nivel cultural que posean, piensan que el anestesiólogo no es un médico, ni siquiera un graduado universitario. Otros lo consideran como un médico general poseedor de destrezas y capacidades técnicas especiales. Está en nosotros revertir tal situación.

Se concluye que realizamos una revisión de las particularidades del trabajo del Anestesiólogo, enumeramos una serie características del trabajo, las acciones que de ser omitidas pueden dar lugar a acciones penales, exponemos una serie de reglas que debemos cumplir para la administración de la Anestesia y por ultimo realizamos una serie de recomendaciones para nuestro actuar médico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Código de Hammurabi. Sitio consultado 20 Junio del 2004. Disponible en: <http://checsa.cmw.sld.cu/publi/libros/ens/antiguas/document/hamurabi/index.htm>
2. Higgins GLF. Hipócrates de Cos Sitio consultado 20 de Junio 2004, disponible en <http://www.anestesia.com.mx/histor.html>
3. La ética médica. Sitio consultado el 25 de Junio 2004 <http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/laetica/index.html>
4. Código Internacional de Ética Médica. Adoptado por la III Asamblea General de la Asociación Médica Mundial. Londres, Inglaterra, Octubre 1949. Sitio consultado el 20 de junio del 2004, disponible en <http://www.intramed.net.ar/>
5. Crespo V. Aspectos medico-legales en anestesia en el trauma. Sitio consultado: 22 de Junio del 2004, disponible en <http://www.paideianet.com.ar/medlegal.htm>
6. Quintana V C. Algunos aspectos de la enseñanza de la bioética. Boletín de la Escuela de Medicina Vol. 27, No. 1, 1998. Sitio consultado el 29 de junio del 2005, disponible en <http://escuela.med.puc.cl/publ/Boletin/Etica/AlgunosAspectos.html>
7. Declaración de EL SALVADOR En reunión del Comité Ejecutivo Ampliado de la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología

(C.L.A.S.A.) realizada el 28 de Noviembre de 1996 en la ciudad de San Salvador República de El Salvador.

8. Sainz C H. Declaración de la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (CLASA). La Habana de Octubre de 1995 como la Declaración de El Salvador. Noviembre de 1997.
9. Papagni H. EL CASO DE LOS ANESTESIOLOGOS IV Jornada de Prevención del Riesgo Legal de la Praxis Médica, publicado por la Asociación de Médicos Municipales. Ciudad de Buenos Aires, Año 1999 Suplemento del Diario del Mundo Hospitalario Publicación de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires Año 4 . Nº 14 . Mayo del 2000, sitio consultado el 28 de Junio del 2004, disponible en [www.medicos-municipales.org.ar/prax0500.htm](http://www.medicos-municipales.org.ar/prax0500.htm)
10. Galindo A M. Seguridad, riesgo y anestesia, sitio consultado el 1 de Julio DEL 2004, disponible en [www.scare.org.co/Publicaciones/Recursos/RCA%20No.%202000/SEGURIDAD,%20RIESGO%20Y%20ANESTESIA.htm](http://www.scare.org.co/Publicaciones/Recursos/RCA%20No.%202000/SEGURIDAD,%20RIESGO%20Y%20ANESTESIA.htm)
11. Camarero M, Ferrández Y. Problemas médico-legales en la práctica clínica. Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana. Sitio consultado el 29 de Junio del 2004, disponible en [http://www.red-farmamedica.com/spcv/revista/colaboraciones/col\\_04.htm](http://www.red-farmamedica.com/spcv/revista/colaboraciones/col_04.htm)
12. Caneparo R y Ribera G. Aproximación legal a la mala praxis médica. Sitio consultado: 20 de Junio del 2004, Disponible en Cuadernos de Bioética [versión digital], ISSN 0328-8390. <http://www.bioetica.org/colab9.htm>

13. Yepes R S. Responsabilidad Civil en Anestesiología y Reanimación Médico-Legal. Rev Colomb profesionales de la salud Julio-septiembre 2003 Año IX No. 3 Sitio consultado el 23 de Junio del 2004, disponible en [www.medicolegal.com.co/3\\_2003/resp.htm](http://www.medicolegal.com.co/3_2003/resp.htm)
14. Scheidt RC. Ensuring correct site surgery. AORN J. 2002; 76(5):770-7
15. Beyea SC. Ensuring correct site surgery. AORN J. 2002; 76(5):880-2
16. Beatty P. C. W y S. F. Beatty Anaesthetists' intentions to violate safety guidelines Anaesthesia 2004; 59 (6): 528-540. Research article ISSN: 0003-2409
17. Fletcher Flin R, McGeorge P, Sutherland A, Patey R. Anaesthetists' attitudes to teamwork and safety. Anaesthesia. 2003; 58(3):233-42.
18. Mato CN, Fyeface-Ogan S. Drug errors in anaesthetic practice: case reports Niger J Med. 2003 ;12(3):157-9.
19. Jensen L. S y colaboradores Evidence-based strategies for preventing drug administration errors during anaesthesia. Anaesthesia 2004 ; 59 (5):493.
20. Fritzlen T, Kremer M, Biddle C. The AANA Foundation Closed Malpractice Claims Study on nerve injuries during anesthesia care. AANA J. 2003 ;71(5):347-52.
21. Cheney FW, Domino KB, Caplan RA, Posner K. Nerve injury associated with anesthesia. A closed claims analysis. Anesthesiology 1999;90:1062.

22. Weissauer W. Allocation of responsibility for positioning patients for surgery and liability for damages consequent on faulty positioning. *Anaesthetist*. 2002 ;51(3):166-74.
23. Hoshowsky VM. Surgical positioning. *Orthop Nurs*. 1998 ;17(5):55-65.
24. Langslow A. Defending negligence claims. *Aust Nurs J*. 1999; 6(9):32-36.
25. Fasting S, Gisvold SE. Adverse drug errors in anesthesia, and the impact of coloured syringe labels. *Can J Anaesth*. 2000;47(11):1060-7.
26. Orser BA, Chen RJ, Yee DA. Medication errors in anesthetic practice: a survey of 687 practitioners. *Can J Anaesth*. 2001 ;48(2):139-46.
27. Comisión legal de C.L.A.S.A Informe 2000/2001 Anestesiólogos: 20 recomendaciones para evitar acciones judiciales.
28. Kawashima Y. Anesthesia-related mortality and morbidity over a 5-year period in 2,363,038 patients in Japan *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2003; 47 (7): 809
29. Ivan Manrique, Mario Andrés López O. La historia clínica en las demandas sitio consultado el 22 de Junio del 2004, disponible en <http://www.encolombia.com/medicina/neumologia/neum141-02contenido.htm>
30. López Matheu Pedro Dra. Nancy Boada Riesgo Legal. Responsabilidad del cirujano Volumen 4 - 1998/1999 ISBN Volumen 4: 987-9311-20-5 Sitio consultado :25 de junio 2004, Disponible en <http://www.netic.com.ar/perrinatoorg/driesgo.htm>

31. Recomendaciones Para Evitar Acciones Penales (Medidas Preventivas)

consultado el 3 de diciembre del 2004, disponible en [http://www.clasa-anestesia.org/search/apendice/recomendaciones\\_para\\_evitar\\_acc\\_legales.htm](http://www.clasa-anestesia.org/search/apendice/recomendaciones_para_evitar_acc_legales.htm)

32. Hanna R V. Aspectos bioéticos del ejercicio de la anestesiología en un

Servicio de urgencia de adultos. Trabajo de investigación. Rev Soc Chi

Aneste 2003; 32(2):