

[Julio
2002]

F

O

R

O

S

Praxis clínica y responsabilidad

14 preguntas y respuestas sobre conflictos reales en el area quirúrgica y de críticos

Separata del nº2 de *Praxis clínica y responsabilidad*.
Guía de prácticas clínicas seguras.
Recoge el foro celebrado en Diariomedico.com
a lo largo de julio de 2002

Respuestas a cargo de



Joan Martí Ragué

Jefe de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Cirugía y Aparato Digestivo del Hospital de Bellvitge 'Príncipes de España'. Profesor Asociado de Cirugía de la Universidad de Barcelona.



Jaume Roigé Solé

Doctor en Medicina. Adjunto especialista en Anestesiología y Reanimación. Coordinador de Quirófanos del Hospital General de Vall d'Hebron de Barcelona. Máster en Economía de la Salud. Tutor de Residentes del Hospital Vall d'Hebrón

Con el soporte del Servicio de Responsabilidad Profesional del Colegio de Médicos de Barcelona



**Quirófano después de una guardia**

Nombre: gosejo

Mensaje: Ante la falta de anestesiólogos y el gran aumento de la actividad quirúrgica, con gran frecuencia nos vemos obligados a realizar un quirófano después de una guardia de presencia física.

¿Qué repercusiones legales puede tener este hecho si ocurre algún accidente anestésico, aunque éste no sea imputable a una mala praxis?

Respuesta de los expertos

Por razones de prudencia asistencial y de aptitud somatopsíquica personal para asumir un acto anestésico, no sería adecuado efectuar un nuevo acto anestésico sin un periodo de descanso suficiente. No obstante, para poder derivarse alguna responsabilidad en estas circunstancias, debiera primero verificarse que el accidente asistencial se ha producido realmente por cansancio del anestesista, y segundo, que se pueda evidenciar que durante el periodo de guardia se ha mantenido una permanente actividad asistencial, sin posibilidad de periodo de descanso.

No obstante, esta situación ya está definida y resuelta en sentencia firme. Así, la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de las Comunidades Europeas (Luxemburgo) de 3 de octubre de 2000, establece en cuanto al tiempo de trabajo diario que, por regla general, los médicos deben disponer de un periodo mínimo de descanso de 11 horas consecutivas en el curso de cada periodo de 24 horas laborales, considerándose tiempo de trabajo sólo aquel que físicamente el médico esté en disposición inmediata de trabajar (no localizable).

Por todo ello, una guardia sólo podría durar, como máximo, 13 horas seguidas dentro de cada periodo de 24 horas. También, que la libranza después de la guardia se daría siempre que no hubiera coincidido la guardia con la jornada ordinaria. Por lo tanto, en caso de guardia de noche, por ejemplo, se libraría el día siguiente para disponer de 11 horas de descanso.

En estos casos, la guardia localizada sólo tiene consideración de tiempo de trabajo cuando hay presencia física en el lugar de trabajo, es decir, en disposición inmediata para trabajar. Por lo tanto, es previsible que muchas guardias físicas puedan convertirse, en algunos centros, en guardias localizadas, con las consecuencias salariales correspondientes.

Hay diversas excepciones que pueden afectar a los servicios médicos en el caso de tiempo de duración de una guardia o de la libranza, como es el caso de que una ley o un reglamento del Estado o bien un convenio estipulen una cosa diferente. No obstante, se debe tener en cuenta que en este caso se deberá garantizar siempre o bien descanso compensatorio o bien una protección adecuada en seguridad y salud laboral en los casos excepcionales.

**Preanestesia y CI por MIR de 2º año**

Nombre: gosejo

Mensaje: Trabajo en un hospital docente y con frecuencia nos encontramos en la puerta de quirófano con pacientes cuya evaluación preanestésica y firma del CI ha sido realizada por un residente de 2º año sin la adecuada supervisión de un miembro del *staff*. ¿Es esto legal? ¿Qué actitud debemos seguir: suspender la intervención, retrasarla y realizar la evaluación nosotros...?

Respuesta de los expertos

En términos genéricos, se puede considerar que todo médico integrado en el servicio de Anestesia, incluido un MIR de 2º año, evaluar el riesgo del procedimiento anestésico y librar el consentimiento informado específico para el acto anestésico, siempre y cuando quien efectúa la valoración, el MIR, se ajuste a los protocolos que al efecto puedan estar establecidos por el servicio de Anestesia.

No obstante, tal posibilidad de actuación autónoma de un MIR, aunque siguiendo los protocolos del servicio de Anestesia, no sería aconsejable en casos de complejidad del estado clínico del paciente y/o del acto anestésico para lo que inexcusablemente la evaluación debe ser hecha por un especialista del *staff*. En estas situaciones y por lo consiguiente, lo más aconsejable sería suspender la intervención quirúrgica hasta realizar la evaluación por un especialista a no ser que fuera un caso urgencia vital.

**Residentes**

Nombre: pedro

Mensaje: ¿Puede un residente de último año de especialidad operar sin que esté su adjunto responsable presente en el hospital?

Respuesta de los expertos

Dependiendo del tipo y complejidad de la intervención, un MIR de quinto año, por necesidad de adquirir experiencia en la toma de decisiones clínicas, teóricamente puede realizar de forma autónoma el acto quirúrgico. Ello no obstante, en tales condiciones y circunstancias, siempre debe disponer de la posibilidad de supervisión o interconsulta de un médico especialista presente en el hospital. En el supuesto planteado de no presencia física en el hospital del médico especialista, sólo sería aconsejable realizar intervenciones de forma autónoma en caso de urgencia clínica, con riesgo para la vida del paciente en circunstancia de no actuar quirúrgicamente, o bien en cirugía menor.

**Quirófano de urgencias**

Nombre: miguel

Mensaje: En mi hospital público, somos dos anestesiólogos de guardia de presencia, y la dirección del centro deci-

de que uno de ellos se dedique en los quirófanos de urgencias a realizar intervenciones programables, que se han quedado colgadas por diversos motivos. ¿Es legal que estando de guardia se me ordene atender este tipo de intervenciones? En caso de que coincidiesen dos urgencias (cesárea y politrauma) y no se pudiesen atender por estar en esa ocupación programable, ¿qué grado de responsabilidad tengo? ¿Tengo que pedir esa orden de Dirección por escrito cada vez que esté de guardia?

Respuesta de los expertos

Es legal si es por orden expresa del Director Médico y por razones de programación asistencial. Ordinariamente no se incurre en responsabilidad si se está cumpliendo una orden expresa de la Dirección del centro y/o del Jefe de Servicio, aunque pudiera ser arriesgado en términos asistenciales en el caso que coincidiesen dos procedimientos terapéuticos urgentes que requieran anestesia.

Por todo ello, es conveniente por razones de seguridad jurídica, solicitar por escrito la orden de actuar en cirugías programadas.



Prolongación de quirófano

Nombre: miguel

Mensaje:

1. Cuando una IQ se prolonga más allá de la jornada laboral, ¿hasta qué punto es legal que un compañero anestesiólogo, cuya jornada comienza a las 15 horas, sustituya al que ya la ha terminado?
- 2.- Si surge algún problema, ¿de quién es la responsabilidad: del primero, del segundo, de ambos? ¿Puedes ser acusado de abandono del paciente?

Respuesta de los expertos

La situación expuesta es perfectamente legal debiéndose realizar el cambio de anestesiólogo dentro del quirófano, anotándose dicha circunstancia en la hoja de curso de anestesia. Todo ello si el curso de la anestesia es normal y el paciente se encuentra estabilizado, ya que si estuviera en situación de complicación intercurrente en el momento del cambio, la sustitución del anestesiólogo debería posponerse hasta la recuperación de la situación clínica de normalidad.

2.- La posible responsabilidad por cualquier problema que pueda surgir lo asume quien esté a cargo del paciente en el momento del accidente. Nunca será considerado abandono si se deja al paciente a cargo de un especialista y el cambio se produce en el mismo quirófano. Por ello, quien deja el quirófano deberá asegurarse de que el que lo sustituye se encuentre físicamente dentro del mismo.



¿Inmovilizar?

Nombre: Manuel

Mensaje: No es raro la llamada de familiares para que "pongas un sedante" o expresiones similares a pacientes conflictivos. Último caso, ayer sábado, 3:30 noche aproximadamente. La hermana de alguien que dice en tratamiento psiquiátrico insiste en que la acompañe con la enfermera a ponerle un sedante a su hermano porque ha bebido y está dando el espectáculo en la calle y no atiende (lógicamente) a razones y mi madre está tomándose "orfidales". No fui. Sin una orden judicial estoy autorizado ¿Y si en vez de un familiar es una demanda indirecta a través del servicio de Urgencias telefónico 112? Gracias y salu2.

Respuesta de los expertos

Sería oportuno atender al paciente sólo para valorar su situación clínica. En ningún caso para administrar la medicación que el familiar le refiere o solicita sin que exista justificación clínica para ello.

Además, el supuesto "escándalo" en la calle no es motivo suficiente para salir del Centro para atender al paciente, ya que hay otros recursos disponibles para trasladarlo al Centro hospitalario, si es procedente, como el servicio de Urgencias telefónico o la Guardia Urbana.



Referente a un caso anterior

Nombre: Blas

Mensaje: En el caso planteado en el foro del número 1 de *Praxis clínica y responsabilidad* se comentaba que en un hospital el cirujano y el pediatra hacen la consulta de preanestesia a pacientes pediátricos. ¿Qué puede hacer un anestesista de un hospital de ese tipo, pero que no es plantilla, para evitar tener problemas judiciales, al menos por ese motivo (no información acerca de los riesgos de la anestesia, no obtener el consentimiento informado, no explicar la técnica anestésica más adecuada, si general o caudal epidural, etc. con los riesgos de cada una)?

Respuesta de los expertos

La evaluación del riesgo en función del estado del paciente la puede hacer un pediatra o cirujano. Pero la valoración del riesgo concreto de la anestesia corresponde hacerla necesariamente al anestesiólogo, así como informar del tipo de anestesia a administrar y los riesgos de la misma. Por ello, sería recomendable establecer mecanismos de coordinación entre el pediatra, cirujano y anestesiólogo que permitieran la realización efectiva de las funciones propias de cada profesional.



Dos anotaciones y dos dudas

Nombre: Ricardo Noval

Mensaje: Dos anotaciones a la unidad didáctica y otra serie de dudas que no están recogidas:

ANOTACIONES:

1) Es rara la consulta a Medicina Interna. Los anestesiólogos realizan consultas a los especialistas cuando el diagnóstico de su patología no está claro, o necesitan valorar la funcionalidad del órgano o aparato afectado o solicitan tratamiento para mejorar la función. En estos casos suelen ser los especialistas en Cardiología y Neumología los más solicitados. Pero el de Medicina Interna, y menos de forma sistemática, no suele ser habitual.

2) Considero que el Anestesiólogo en la unidad de reanimación no es aconsejable sino **ABSOLUTAMENTE IMPRESCINDIBLE**. Sería lo mismo que decir que es recomendable que el avión lo pilote un experto.

3) La simultaneidad de quirófano es volver al mismo ejemplo. ¿Puede un piloto llevar a la vez dos aviones? En el medio en el que me muevo a NINGUN director de hospital se le ha ocurrido ni siquiera proponerlo. Saben que estarán denunciados en el juzgado de guardia unas horas después.

DUDAS

1) CONSENTIMIENTO INFORMADO

¿Por qué la SEDAR no establece unos protocolos claros de C.I., incluido cuándo y en qué casos deben aportarse? ¿Quién da y de quién es la responsabilidad de informar de los C.I. de las transfusiones sanguíneas? ¿Debe informar el Anestesiólogo que hace la preanestesia o el que realiza la anestesia? ¿Puede informarse en la puerta de quirófano inmediatamente antes de la intervención? ¿Se debe suspender la intervención si el enfermo no es informado al menos el día anterior?

2) MONITORIZACION

Si la SEDAR, desde hace años, tiene establecido unos mínimos de monitorización: ¿cuando no se cumplan deben suspenderse las intervenciones?, ¿de quién es la responsabilidad en caso de accidente debido a la falta de monitorización?.

Respuesta de los expertos

Con relación a la segunda anotación, estamos de acuerdo en que fuera exigible la presencia de un anestésista en la sala de Reanimación si ésta se pudiera garantizar en cualquier caso. Pero dada la manifiesta imposibilidad de contar permanentemente con un anestésista en Reanimación por falta de recursos humanos especializados, se entiende que un especialista en Medicina Intensiva con formación y experiencia en reanimación puede suplirlo.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

1) La responsabilidad de informar es de aquél que haya indicado la transfusión o vaya a administrarla, pero lo que se debe cumplir y garantizar es que el paciente conozca y acepte la posibilidad de ser sometido a una transfusión sanguínea y sus riesgos potenciales con antelación suficiente al procedimiento quirúrgico.

2) Se entiende por tanto, y en relación a la siguiente cuestión, que el anestésista que lleve a cabo la visita preanestésica, por cuestiones de tiempo y accesibilidad, es quien debe informar de la posibilidad de transfusión, sus riesgos y complicaciones, ya que si fuera el que administra la anestesia no se podría efectuar con la antelación suficiente al acto anestésico.

3) Por las mismas razones que las expuestas anteriormente, se considera inoportuno e imprudente informar en la puerta del quirófano.

4) No se deberá suspender la intervención sólo si razones de urgencia justifican llevar a cabo el acto anestésico y/o quirúrgico sin haberlo librado con suficiente antelación.

MONITORIZACIÓN

1) Depende del tipo de intervención y el riesgo que comportaría en el caso de no disponer de la monitorización para el adecuado control clínico del paciente durante la anestesia y diagnóstico precoz de complicaciones. Tal circunstancia está en razón del tipo de intervención, del criterio personal del anestesiólogo y de la urgencia de la intervención.

2) En las relaciones cirujano – anestesiólogo, los intervinientes están obligados a actuar según las reglas de sus especialidades y cada uno será responsable de sus propios actos. Estas relaciones se regirán por el principio de división del trabajo médico (horizontal) en relación con el principio de confianza. Esto significa que los médicos especialistas que intervienen en el proceso deben poder confiar en una colaboración correcta del otro especialista. Por eso, el principio de confianza sólo deja de operar en un supuesto excepcional: cuando en el caso concreto se perciba un error grave del otro colega, existiendo dudas sobre su capacidad o habilidad que lleven a una pérdida de confianza. Por todo ello, en el supuesto expuesto, si el cirujano confía de manera infundada en la colaboración correcta del anestesiólogo y se produce un accidente debido a la falta de monitorización en una intervención en la que ésta era clínicamente exigible, se podrá hacer corresponsable al cirujano por tolerar y permitir la situación peligrosa, generadora del resultado lesivo.

**Operar con garantías**

Nombre: F. López

Mensaje: Soy Anestesiista en un hospital comarcal de Murcia y quiero conocer el proceder ante un paciente programado para cirugía mayor de alto riesgo (grandes amputaciones abdominales, etc) cuando se programan en viernes (el H. se queda el fin de semana sin soporte de cardiólogo, endoscopias, etc.) habiendo utilizado los días precedentes de la semana para programar cirugía mas banal.

Gracias

Respuesta de los expertos

Esta planificación asistencial expuesta es totalmente inadecuada, tanto en términos clínico-asistenciales como médico-legales por los riesgos que comporta para la seguridad clínica del paciente y para la seguridad legal del profesional. Resulta lógico que la programación de la cirugía compleja preferentemente se efectúe en los días de la semana que se pueda disponer de plenitud de medios y soportes asistenciales disponibles ordinariamente en el hospital tanto para la fecha de la intervención como para el período de postoperatorio inmediato en que puedan aparecer complicaciones.

**Funciones en el equipo de anestesiista**

- 2-¿Puede ser ayudante un ATS/DI en una intervención?
- 3-¿Quién decide la composición del equipo quirúrgico?
¿Está legislada su composición?
- 4-¿Puede un estudiante de medicina o enfermería ayudar y/o instrumentar?
- 5-¿Puede un anestesiista efectuar 2 bloqueos en quirófanos contiguos?
- 6-¿Puede un cirujano practicar él mismo un bloqueo anestésico local, troncular, etc.?
- 7-¿Puede instrumentar una auxiliar con experiencia?

Respuesta de los expertos

- 1-¿Puede instrumentar una auxiliar con experiencia?

En principio no. Entre las atribuciones de la auxiliar de enfermería no está la de instrumentar durante un acto quirúrgico. Asimismo, se considera una conducta médico – legalmente arriesgada por cuanto el personal auxiliar de enfermería no está capacitado legalmente ni se considera esté cualificado por falta de formación específica. Dicha función corresponde al personal de enfermería, siendo apropiado que lo realice una enfermera instrumentista. Sólo por razones de urgencia y de falta de personal de enfermería en ese momento, sería admisible la actuación como instrumentista por un auxiliar de enfermería dependiendo, en todo caso, de su preparación y de la entidad de

la intervención quirúrgica.

- 2-¿Puede ser ayudante un ATS/DI en una intervención?

En principio no. El ayudante debe ser personal médico con formación específica en cirugía por cuanto se debe prever la posibilidad que se le requieran conocimientos médicos por eventualidades surgidas durante el acto quirúrgico. Ello no obstante, sólo sería admisible si al ayudante se le asignan únicamente funciones pasivas sin necesidad de manipulación activa del campo quirúrgico. En definitiva, ello dependerá en gran medida del tipo de intervención quirúrgica y de la actividad que tenga o pueda llegar a realizar el ayudante durante la misma.

- 3-¿Quién decide la composición del equipo quirúrgico?
¿Está legislada su composición?

La composición del equipo quirúrgico corresponde decidirla al Jefe del Servicio de Cirugía de que se trate. La composición estará marcada por las normas de funcionamiento de las áreas quirúrgicas según el hospital de que se trate y las normas administrativas que regulen las actividades de los servicios quirúrgicos y quirófanos según el tipo de cirugía.

- 4-¿Puede un estudiante de medicina o enfermería ayudar y/o instrumentar?

Al igual que en el segundo supuesto, sería admisible la participación de un estudiante de medicina o de enfermería, con funciones de ayudante o de instrumentista, respectivamente, si se les asignan funciones pasivas. En el caso de estudiantes o médicos en formación de especialista, la actuación puede ser intervencionista por razones de aprendizaje, pero siempre supervisados por un monitor docente especialista en cirugía.

- 5-¿Puede un anestesiista efectuar 2 bloqueos en quirófanos contiguos?

El paciente debe estar permanentemente controlado por un anestesiista, implicando un grave riesgo de responsabilidad profesional el simultanear dos quirófanos. Sólo en casos puntuales y por razones justificables, por ejemplo urgencia o falta de anestesiistas, sería admisible simultanear dos quirófanos si se deja al paciente a cargo de un profesional capacitado para detectar posibles complicaciones.

- 6-¿Puede un cirujano practicar él mismo un bloqueo anestésico local, troncular, etc.?

No es correcto porque corresponde al anestesiista por razón de competencia profesional. Sólo sería admisible en los casos en que la ausencia de graves complicaciones o

de dificultad en la administración de la anestesia lo permitieran, como por ejemplo bloqueos de pequeños troncos nerviosos o ramas terminales (cirugía odontológica, superficial, dedos de las extremidades, etc...)



Paciente en quirófano sin C.I.

Trabajo en un hospital público de Madrid. ¿Qué hacer si, por olvido o descuido, en cirugía programada, te encuentras con cierta frecuencia al paciente en quirófano sin que haya firmado el documento de consentimiento informado (CI): posponer la cirugía, dar el CI en quirófano o operar sin CI?

Respuesta de los expertos

El documento de consentimiento informado en ningún caso ni circunstancia asistencial debe considerarse un simple requisito burocrático, ya que es el único elemento demostrativo, documental, de la información facilitada al paciente en relación a la propuesta de procedimiento terapéutico según las alternativas posibles, y específicamente del riesgo de complicaciones que puedan surgir por el acto quirúrgico en función de los riesgos genéricos conocidos para el procedimiento terapéutico, así como de los que puedan preverse o evaluarse particularmente por la situación o estado clínico del paciente.

Tal información al paciente y elaboración del documento de consentimiento informado debe ser realizada personalmente por el médico, a ser posible por quien practique el procedimiento. Se ha de efectuar como mínimo 24 horas antes de la intervención por la posibilidad de reversión del consentimiento por el paciente, y facilitar los datos informativos en forma real, veraz y comprensible.

Dentro de la gestión y planificación asistencial relativa a los actos terapéuticos, y expresamente para los quirúrgicos, se estima que la verificación previa de la existencia de documento del consentimiento informado en la historia clínica del paciente constituye una competencia y responsabilidad personal, además del facultativo que va a realizar el acto quirúrgico, de los cargos jerárquicos clínicos (jefe de servicio, jefe de sección) que establecen la programación quirúrgica. Por ello, la cuestión planteada de ausencia del documento de consentimiento informado, comprobada momentos antes de la intervención, constituiría una disfunción de gestión del servicio clínico y de su correcta planificación asistencial, repercutible en dichos cargos por ser tal actividad una competencia propia de la gestión de servicios clínicos, y concretamente para posibilitar un mayor nivel de seguridad clínico-asistencial para los pacientes y médico-legal para los profesionales e instituciones sanitarias.

Según estos criterios, respecto a la primera cuestión planteada, la conducta médico-legal recomendable, idónea y prudente, en circunstancias de verificar en el quirófano que el paciente no ha cumplimentado el documento de

consentimiento informado, sería posponer la intervención aunque ello comporte un retraso de la misma. Todo ello si el procedimiento terapéutico no es de necesaria e inmediata realización.

La posibilidad planteada de hacer firmar el documento de consentimiento informado en el quirófano constituye una actitud muy arriesgada, tanto porque sería potencialmente discutible la competencia del paciente para otorgar su consentimiento en ese momento, y más si ha recibido medicación preanestésica, como fundamentalmente porque la propia cronología y fecha de la cumplimentación del documento por el paciente sería demostrativa de que no se ha formalizado con anterioridad suficiente al acto quirúrgico. En el peor de los casos, incluso podría argumentarse que la firma del documento por el paciente pudiera estar condicionada por *coacción*, directa o indirecta, ante la advertencia o *amenaza* de retraso de la intervención.

La tercera posibilidad planteada, operar sin consentimiento, sería una conducta totalmente contraindicada en términos médico-legales, por los riesgos que implicaría en caso de reclamación del acto terapéutico.



Diferencias formularios C.I.

Nombre: gutenberg

Mensaje: En mi servicio de Anestesiología tenemos un documento de consentimiento informado redactado por el propio servicio y avalado por el Comité de Ética Asistencial del centro. Cuando preparamos el documento, seguimos las directrices del Comité de Ética de hacer una relación de riesgos equilibrada, de modo que el documento sea veraz pero no tan detallado que pueda asustar al paciente.

Más tarde he tenido ocasión de ver documentos análogos de otros centros públicos y he visto que hay formularios bastante más *agresivos* que el nuestro en cuanto a la cantidad y naturaleza de la información.

¿Es posible que en caso de que se materialice un riesgo de los que nosotros no consideramos dignos de detallar, un paciente alegue que le privamos de información necesaria y que sí se da en otros centros (mostrando esos otros formularios a los que me refiero)?

Respuesta de los expertos

La información que debe recibir el paciente para otorgar su consentimiento a un acto terapéutico, con la necesaria eficacia médico-legal y valor jurídico, debe ser suficiente, real, veraz y apropiada a su nivel cultural y/o capacidad de comprensión.

En la información, además de otros datos, los riesgos deben referirse diferenciados en genéricos y/o propios del procedimiento, y los personalizados en el caso del paciente por su situación o estado clínico.

El tipo y grado de información que se admite en términos médico-legales debe cubrir los riesgos conocidos y/o posi-

bles en el caso del paciente, que clínico- estadísticamente sean significativos y por ello de obligada advertencia. Para otro tipo de riesgos y/o complicaciones atípicas por su baja frecuencia general y/o no racionalmente esperables en el caso del paciente, es admisible su no comunicación y/o detalle expreso, por entender que serían riesgos inherentes y propios del acto terapéutico, pero siempre debiendo quedar claro en todo documento de consentimiento que no existen actos clínicos terapéuticos sin riesgo y menos en anestesia, por lo que correctamente se excluye la calificación ASA -0.

En principio, el que una reclamación se fundamente en que la información y/o documento de consentimiento no estaba tan detallada como en otro centro no comportaría riesgo para el facultativo encargado del acto terapéutico, si en el documento particular de consentimiento la información se considera suficiente, según el criterio antedicho, aunque no esté tan detallado como en el otro centro. Además, si el documento de consentimiento del Servicio de Anestesiología está validado por la Comisión de Ética Asistencial, la eficacia de la defensa ante una potencial reclamación sería plena, al considerarse que el documento ha sido visado por una Comisión hospitalaria específica.



Uno para todos

Nombre: JC

Mensaje: Situación: Hospital con un solo anestesiólogo de guardia. Mientras está en quirófano con una intervención de urgencias se le avisa por situación de urgencia vital en otra área del hospital. En el centro hay de guardia también un adjunto de medicina, pero éste puede necesitar nuestra ayuda para determinadas técnicas de reanimación.

¿Cuál es la actitud correcta a seguir?

Respuesta de los expertos

Aunque no es correcto ni prudente *abandonar* a un paciente anestesiado durante el acto quirúrgico, por necesidad de urgencia vital puede acudir a asistir a otro paciente cuando sea imprescindible la actuación de un anestesista-reanimador y sin cuya actuación clínica el paciente en estado crítico pudiera fallecer.

No obstante, en tales circunstancias de *abandono* de paciente anestesiado, es necesario, además de estar absolutamente justificada clínicamente, que el paciente quirúrgico, por su situación clínica y momento anestésico, no corra un riesgo inminente, así como que haya durante la ausencia del anestesiólogo otro facultativo o sanitario cualificado que mantenga el control del paciente quirúrgico.

En ningún caso sería admisible el *abandono* del paciente por la simple circunstancia de *poder ser necesaria* la intervención del anestesiólogo, especialmente cuando hay otros facultativos que se pueden hacer cargo de la reanimación de un paciente urgente.

Por último, el anestesiólogo encargado de una anestesia en curso en todo caso puede negarse a abandonar el enfermo quirúrgico si en su opinión su paciente corre riesgo de complicación perianestésica, o de no existir en el hospital otro sanitario en quien delegar.