



Responsabilidad civil en Anestesiología y Reanimación

Sergio Yepes Restrepo

Abogado Universidad Pontificia Bolivariana, Magister en Derecho y Economía de Seguros, Derecho Médico, Universidad Católica de Lovaina (Bélgica), ex-secretario del Tribunal de Ética Médica de Antioquia, Miembro del Instituto Antioqueño de Responsabilidad Civil y del Estado, Abogado externo Regional Antioquia.

La situación actual de las acciones de responsabilidad profesional y la existencia de diversas áreas de la salud exigen un análisis de las especialidades y las mismas subespecialidades de la medicina.

Por esta razón abordaremos el tema de la responsabilidad civil en anestesiología y reanimación, teniendo en cuenta la importancia de dicha especialidad según la ley, la doctrina y la jurisprudencia. Para ello dividiremos el plan en cuatro partes. Inicialmente nos referiremos a los principios generales de la responsabilidad civil frente a la autonomía del anestesiólogo, para luego mencionar los conceptos de algunos autores sobre el tema y posterior-

mente estudiaremos la evolución internacional de la jurisprudencia citando finalmente casos de nuestro país.

¿INDEPENDENCIA TÉCNICA DEL ANESTESIOLOGO?

Todo profesional de la medicina puede incurrir en responsabilidad civil por el hecho propio o ajeno, de conformidad con las normas generales consagradas por

el Código Civil, razón por la cual debe partirse del acto médico concreto con el fin de establecer a quién puede atribuírse una determinada acción u omisión dañosa.

Teniendo en cuenta que podemos ser responsables no solo de nuestras propias acciones sino también de las de aquellos que están bajo nuestro cuidado, debemos precisar cuando un profesional de la medicina puede responder por las fallas de otra persona, bien sea médico o personal

paramédico. La prestación conjunta de servicios de salud y la realización de intervenciones quirúrgicas, ha dado lugar a la aplicación de la responsabilidad por el hecho de un tercero y por el trabajo en equipo, encabezándose generalmente en el cirujano principal la obligación de indemnizar por desempeñar la calidad de jefe de dicho grupo.

Surge por ello el interrogante de si el anestesiólogo se constituye en un integrante de ese equipo y por lo tanto su falta puede comprometer la responsabilidad del cirujano principal, o si por el contrario ejerce una especialidad independiente y el análisis de su conducta debe hacerse de una manera autónoma e independiente del cirujano.

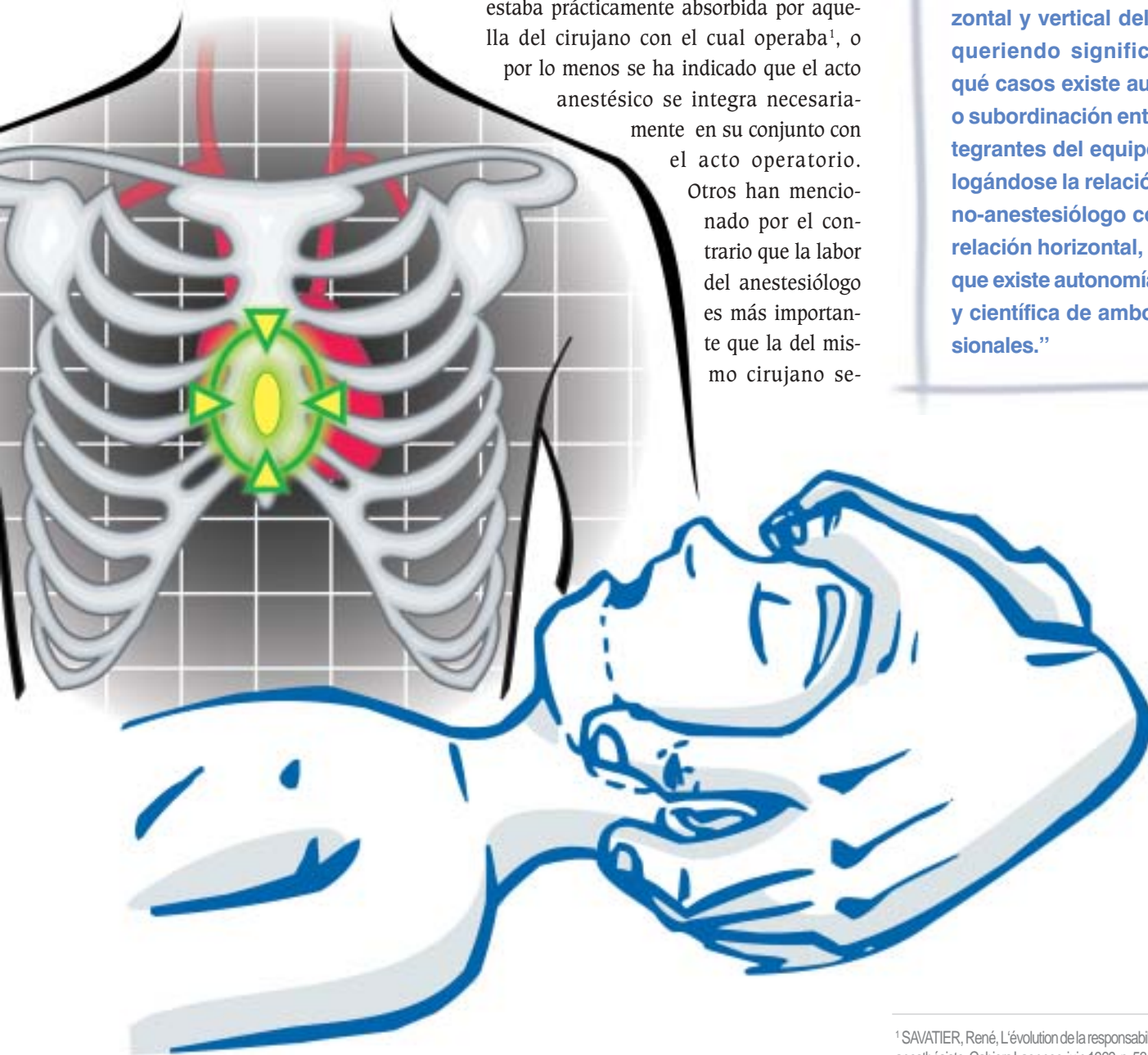
Anteriormente llegó a considerarse que la responsabilidad del anestesiólogo estaba prácticamente absorbida por aquella del cirujano con el cual operaba¹, o por lo menos se ha indicado que el acto anestésico se integra necesariamente en su conjunto con

el acto operatorio.

Otros han mencionado por el contrario que la labor del anestesiólogo es más importante que la del mismo cirujano se-

ñalándose que “una consideración especial merece la situación del anestesista (sic), a quien se le reconoce (en ocasiones) que ocupa una posición dominante sobre la del cirujano, muy especialmente, quizá, porque tiene a su cargo al enfermo por más tiempo que aquél, pues antes de la

“Se ha planteado por la doctrina la distribución horizontal y vertical del trabajo, queriendo significarse en qué casos existe autonomía o subordinación entre los integrantes del equipo y catalogándose la relación cirujano-anestesiólogo como una relación horizontal, toda vez que existe autonomía técnica y científica de ambos profesionales.”



¹ SAVATIER, René, L'évolution de la responsabilité du médecin anesthésiste, Cahiers Laennec, juin 1969, p. 53.

operación prepara el sueño del enfermo y después de la operación lo asiste hasta que despierta”². Se ha planteado por la doctrina la distribución horizontal y vertical del trabajo, queriendo significarse en qué casos existe autonomía o subordinación entre los integrantes del equipo y catalogándose la relación cirujano-anestesiólogo como una relación horizontal, toda vez que existe autonomía técnica y científica de ambos profesionales.

En uno de los fallos más importantes donde se reconociera la independencia técnica del anestesiólogo se consideró por el juez que “un cirujano que recurre a un médico especialista en anestesiología y reanimación, especialista altamente calificado, se descarga en su colega del cuidado de asegurar el nivel anestésico del paciente en condiciones que permitan el acto operatorio, de vigilar el estado respiratorio y cardiovascular del operado durante todo el acto y de asegurar su despertar y sus funciones, aunque tendiendo al mismo fin, sin subordinación la una de

la otra, según el estado de la evolución actual de la técnica médica”³.

En resumen y teniendo en cuenta la importante labor que cumple el especialista en anestesiología en el ejercicio médico y en las intervenciones quirúrgicas,

“La responsabilidad legal en anestesiología y reanimación ha dado lugar a que se insista en la importancia del perito ante las instancias judiciales¹⁷ y se examinen por los mismos anestesiólogos los eventos que han dado lugar a complicaciones para establecer criterios aplicables en el análisis de los casos, ”

cas, consideramos que su conducta debe analizarse en cuanto al procedimiento anestésico que lleva a cabo sin poder ser considerado como un subalterno del cirujano, y por tal razón el juez en cada caso

concreto deberá examinar la conducta de ambos de manera individual.

DOCTRINA MÉDICO LEGAL

Además de la independencia técnica del anestesiólogo, la doctrina ha examinado el vínculo que une al anestesiólogo con el paciente sosteniendo el carácter contractual derivado del contacto directo entre ambos y la misma autonomía de dicho especialista frente al cirujano.

Siguiendo la teoría tradicional de la culpa probada, aplicable en anestesiología y reanimación, se han formulado por algunos autores diferentes hipótesis de fallas en las cuales puede incurrir el anestesiólogo. El autor español, LLAMAS POMBO, relaciona los siguientes ejemplos: falta de visita y análisis previo, error en la premedicación, transfusión de sangre heterogrupal, inyección de medicaciones tóxicas con la anestesia raquídea, inyección intraarterial de barbitúricos, embolias aéreas, falta de comprobación previa del instrumental, intubación esofágica, pérdida de dientes, quemaduras térmicas, compresiones posturales, falta de vigilancia y de atención postoperatoria inmediata⁴.

GARCIA BLÁZQUEZ y MOLINOS COBO, indican que las conductas más frecuentes que dan lugar a acciones judiciales son las siguientes: “omisión del examen preanestésico, error o impruden-

² TRIGO REPRESAS, Felix y STIGLITZ, Rubén, El seguro contra la responsabilidad civil profesional del médico, p.154.

³ Cour d'Appel Aix, 26 novembre 1969. La presse médicale 1970.

⁴ LLAMAS POMBO, La responsabilidad civil del médico, Madrid 1988.



cia en el dictamen de indicación o contra-indicación, error en la elección de la técnica anestésica, abandono del quirófano, falta de revisión de las máquinas y monitores, narcosis inadecuada y delegación en personas menos calificadas⁵.

Uno de los pocos artículos jurídicos dedicados específicamente a la responsabilidad legal del anestesiólogo fue escrito por FranVoise Leymaire, profesora de la Facultad de Derecho de Dijon (FRANCIA), y en él realiza importantes consideraciones sobre esta especialidad⁶ relacionadas con el vínculo que une al anestesiólogo con el paciente.

Existe igualmente una publicación en Estados Unidos denominada ANESTHESIA MALPRACTICE PREVENTION y en la revista ANESTHESIOLOGY se incluyen artículos con aportes sumamente importantes desde el punto de vista médico, donde podemos resaltar un estudio en el cual se analizan entre otros aspectos, el dilema de la resucitación de pacientes por paro cardíaco⁷ y el manejo que debe tener el anestesiólogo frente a la familia en el caso de muertes de pacientes en quirófanos⁸.

En un artículo se analizan los casos de paro cardíaco en niños⁹ encontrándose una incidencia de 1.4% por 10.000 anestias con una mortalidad del 26%, donde las causas más comunes fueron las asociadas a medicaciones en un 37% y las cardiovasculares en un 32%. Los autores concluyeron que el paro cardíaco relacionado con anestesia ocurre más frecuentemente

en menores de un año y en niños con enfermedades de base severas, al igual que en pacientes sometidos a cirugía de emergencia. La identificación de problemas relacionados con medicaciones como causa más frecuente de paro cardíaco en

“En una decisión de la Corte de Casación Francesa se condenó tanto al cirujano como al anestesiólogo por no haber previsto la necesidad de contar con sangre del mismo grupo de la paciente, el cual no había sido determinado previamente, a raíz de una hemorragia que hizo necesaria una transfusión la cual no pudo efectuarse ”

menores tiene implicaciones importantes en el desarrollo de estrategias de prevención.

Otros artículos analizan de manera similar situaciones de menor frecuencia como daños en el ojo relacionados con el suministro de anestesia¹⁰, eventos de quemaduras¹¹ y complicaciones con medicamentos, este último publicado en Canadá¹².

La Sociedad Americana de Anestesiología ASA a través de su comité de responsabilidad profesional comenzó en 1985 un estudio de casos cerrados denominado ASA Closed Claims Project con base en los reportes de compañías de seguro que ha-

bían tramitado reclamaciones de tipo legal¹³. En uno de los primeros artículos publicados se establecieron categorías de eventos adversos respiratorios como aspiración, obstrucción aérea y broncoespasmo, y complicaciones como traumas aéreos y neumotórax que habían ocasionado entre otros efectos adversos, la muerte, daños en nervios o en el cerebro¹⁴, concluyendo que estos eventos respiratorios representaban el 15% de las reclamaciones en 1991 y de ellos el 89% constituían problemas en el manejo de la vía aérea, exigiéndose en la práctica anestésica un desarrollo de técnicas y estrategias de educación que aumenten la seguridad en el control respiratorio del paciente. En términos generales las causas más frecuentes de acciones legales en contra de profesionales de la anestesiología en Estados Unidos se han dado por muerte en 35%, daño nervioso 15%, daño cerebral 12% y eventos respiratorios adversos 15%. En otro artículo dedicado específicamente a lesiones nerviosas se indicó que los sitios en donde más frecuentemente se han presentado reclamaciones contra anestesiólogos están constituidos por daños al nervio cubital, el plejo braquial, la raíz nerviosa lumbosacra y la médula espinal¹⁵.

De otro lado se han analizado los eventos por la utilización de máquinas de anestesia, equipos y circuitos para entrega de gases al paciente y el monitoreo, ámbito en el cual se han ido disminuyendo los daños en razón de los adelantos

⁵ GARCIA BLAZQUEZ, Manuel y MOLINOS COBO, Juan J. Manual práctico de responsabilidad y defensa de la profesión médica, Ed. COMARES, Granada, 1995, p.170. ⁶ LEYMARIE, FranVoise, Anesthésie et responsabilité civile des médecins en clientèle privée, I, Doctrine (1974), No. 2630.

⁷ Council on Ethical and Judicial Affairs: Code of Medical Ethics, 1996-1997 Ed. Chicago, American Medical Association, 1997.

⁸ HUG, Carl C. Rovenstine Lecture, Patient values, Hippocrates, Science, and Technology: What we (physicians) can do versus What we should do for the patient. Anesthesiology, 2000, 93:563.

⁹ MORRAY Jeffrey, GEIDUSCHEK Jeremy, RAMAMOORTHY Chandra, HABERKERN Charles, HACKEL Alvin, CAPALN Robert, DOMINO Karen, POSNER Karen And CHENEY Frederick, Anesthesia-related Cardiac Arrest in children, Initial Findings of the pediatric perioperative Cardiac Arrest (POCA) Registry, Anesthe-

siology 2000, 93: 6-14.

¹⁰ GILD William, POSNER Karen, CAPALN Robert, CHENEY Frederick, Eye injured Associated with Anesthesia, A Closed Claims Analysis, Anesthesiology 76: 204-208, 1992.

¹¹ CHENEY F, POSNER K, CAPLAN R, GILD W, Burns from Warming Devices in Anesthesia, A Closed Claims Analysis, Anesthesiology, 80: 806-810, 1994.

¹² La sécurité d'emploi des médicaments anesthésiques: d'abord ne pas nuire, Ed. Canadian Journal of Anesthesia, pp. 1053-1054. ¹³ CHENEY FW, POSNER K, CAPLAN RA, WARD R.J: Standard of care and anesthesia liability, JAMA 1989; 261: 1599-1603; TINKER JH, DULL DL, CAPLAN RA, WARD RJ, CHENEY FW: Role of monitoring devices in prevention of anesthetic mishaps: A closed claims analysis. Anesthesiology 1989; 71: 541-546; CAPLAN RA, POSNER KL, WARD RJ, CHENEY FW: Adverse respiratory events

in anesthesia: A Closed claims analysis, Anesthesiology, 1990; 72: 828-833; CHADWICK HS, POSNER K, CAPLAN RA, WARD RJ, CHENEY FW, Comparison of obstetric and non obstetric anesthesia malpractice claims, Anesthesiology 1991, 74: 242-249.

¹⁴ CHENEY F, POSNER K, CAPLAN R, Adverse respiratory events infrequently leading to malpractice suits, A closed claims analysis, Clinical investigations, Anesthesiology, 75: 932-939, 1991.

¹⁵ CHENEY Frederick, DOMINO Karen, CAPALN Robert, POSNER Karen, Nerve injury associated with anesthesia, A Closed Claims Analysis, Anesthesiology, 1999; 90: 1062-1069.



lógico trataremos de referirnos al acto anestésico, desde los pasos previos hasta la vigilancia postoperatoria, pasando por las complicaciones que se presentan en cirugía.

Frente a los exámenes preoperatorios y teniendo en cuenta la diversidad

de operaciones ha indicado la Corte de Casación Francesa que el anestesiólogo debe ordenarlos en función de cada caso y teniendo en

cuenta los datos clínicos que conozca¹⁹. El profesional puede ser responsable por la omisión de un examen preoperatorio necesario para intervenir a un paciente con cierta seguridad, debiendo conocer previamente la historia del paciente, salvo urgencia absoluta para intervenir, con el fin de poder anestésicar al paciente y debiéndose oponer a una cirugía no urgente y mal preparada²⁰.

El anestesiólogo debe entonces tomar conciencia antes de cada intervención quirúrgica de los peligros en que se corre durante la cirugía y solicitar un determinado control considerado indispensable ante una situación clínica precisa²¹. En aquellos casos en que la situación clínica del paciente no amerite exámenes y la sola evaluación clínica sea suficiente, el acto anestésico se podrá realizar con base en el criterio médico.

tecnológicos y las estrategias de prevención encaminadas a la revisión de equipos y circuitos respiratorios que han permitido mejorar la seguridad¹⁶.

La responsabilidad legal en anestesiología y reanimación ha dado lugar a que se insista en la importancia del perito ante las instancias judiciales¹⁷ y se examinen por los mismos anestesiólogos los eventos que han dado lugar a complicaciones para establecer criterios aplicables en el análisis de los casos, basándose en los registros anestésicos y la práctica profesional¹⁸. En la literatura jurídica existen otros autores que en sus obras de responsabilidad legal médica se refieren a temas generales, pero en la actualidad y debido al volumen de casos es importante abordar cada especialidad de una manera específica y completa.

“Frente al punto de la vigilancia en el postoperatorio inmediato se discute si la responsabilidad es del cirujano, del anestesiólogo, del servicio o de las enfermeras y la misma institución, para lo cual habría que examinar cada caso concreto.”

JURISPRUDENCIA INTERNACIONAL

Como quiera que la referencia a procesos de responsabilidad médica se constituye en un elemento necesario del presente análisis, citaremos algunos de los casos más importantes del derecho comparado que conocemos, sin profundizar en ellos en aras de abarcar varios temas importantes. Con el fin de llevar un orden

¹⁶ CAPLAN Robert, VISTICA Mary, POSNER Karen, CHNEY Frederick, Adverse anesthetic outcomes arising from gas delivery equipment, A Closed Claims Analysis, *Anesthesiology*, 1997, 87:741-748.

¹⁷ SLOAN FA and HSIEH CR, Injury, liability and the decision to file a

medical malpractice claim. *Law Society Review* 1995; 29: 413-435.

¹⁸ POSNER Karen, CAPLAN Robert, Variation in expert opinion in medical malpractice review, *Anesthesiology*, 1996; 85: 1049-1054.

¹⁹ Cass. Civ. 1re, 3 février 1969: *Bull. Civ. I.* No 56, p. 42.

²⁰ Tribunal de Grande Instance de Béthune (France), 23 octobre 1970,

Le Concours medical 1972, No 28.

²¹ Cour de Cassation, Civ. 27 janvier 1970.

Se han dado demandas por shock anafiláctico²² y por falta de interrogatorio previo al suministro de anestesia que impidió conocer antecedentes que contraindicaban un determinado procedimiento anestésico²³. En otro fallo, la Cámara Civil y Comercial de Argentina señaló que la omisión de exámenes previos y del interrogatorio impidió saber la existencia de una sensibilidad especial a la medicación que provocó un daño neurológico anóxico y el posterior fallecimiento²⁴.

Estas situaciones resaltan la importancia de una adecuada evaluación preoperatoria del paciente y la obtención del consentimiento informado con el fin de explicarle los riesgos previstos y la probabilidad de eventos inesperados e imprevisibles que puedan alterar el curso normal del acto anestésico.

La colocación del paciente en la mesa de cirugía depende del procedimiento a realizar, pudiéndose derivar responsabilidad si no se respetan las normas técnicas establecidas para evitar lesiones potenciales²⁵, o si se produce un error en la vigilancia respecto a la posición de las extremidades durante la cirugía que produzca un daño por compresión²⁶.

En una decisión de la Corte de Casación Francesa se condenó tanto al cirujano como al anestesiólogo por no haber previsto la necesidad de contar con sangre del mismo grupo de la paciente, el cual no había sido determinado previamente, a raíz de una hemorragia que hizo necesaria una transfusión la cual no pudo efectuarse²⁷.

De otro lado se han presentado casos de accidentes anestésicos de carácter imprevisible que no han generado responsabilidad legal del especialista en anestesiología²⁸. En una sentencia dictada a raíz

de una complicación anestésica consistente en una inadecuada ventilación y oxigenación pulmonar que provocara una hipoxemia y una anoxia, se indicó que dado “que el diagnóstico no dejaba duda de que

“Los eventos culposos estarían representados en la omisión de consulta preanestésica, anestésias simultáneas, falta de monitoreo, utilización de equipo de anestesia anómalo, omisión de información, decisión contraria a la voluntad del paciente, utilización de técnicas y medicaciones no convencionales o contraindicadas.”

la alteración del ritmo cardíaco se debía a hipoxia, el obrar diligente de esta situación no hubiese llevado al paro cardíaco y al daño cerebral consecuente, debiéndose este último a la demora en la realización de la reanimación”²⁹.

En lo que tiene que ver con la elección de la técnica anestésica, existe libertad de apreciación por parte del anestesiólogo³⁰ derivada de la libertad general de escogencia de tratamiento, siempre y cuando se seleccione una técnica aceptada por la ciencia médica y se obtenga el consentimiento del paciente luego de la información sobre las opciones anestésicas que hay para su caso.

Frente al suministro de anestesia por parte de personal médico o paramédico que no posee especialidad en anestesiología se señaló que dicho evento compromete la responsabilidad de la Institución hospitalaria por los daños causados al paciente³¹, sin poderse descartar la res-

ponsabilidad personal de quien lleve a cabo el acto anestésico.

En otra sentencia dictada por el Tribunal Supremo Español se calificó la actuación del anestesiólogo como imprudente indicándose que “a consecuencia de la excesiva difusión del agente anestésico, se produjo un paro respiratorio, seguido de un paro cardíaco que se prolongó durante quince minutos, a pesar de lo cual, (y aquí se pone de manifiesto ya la culpa imputada al recurrente), entendiendo erróneamente que el enfermo se había recuperado del referido paro y pese a presentar signos o síntomas de lesión cerebral, indicó al cirujano que había de intervenir, que podía iniciar la operación quirúrgica, llevándose a efecto con la extirpación del cálculo en uréter izquierdo, siendo trasladado al servicio de urgencias de otro hospital, donde se le diagnosticó cuadro de coma cerebral con evidentes signos de descerebración, falleciendo en el referido centro”³².

En un fallo se imputó responsabilidad al anestesiólogo por no prestar atención a los indicadores de los aparatos y al monitoreo, señalándose que “lo que originó el que se produjese una parada(sic) cardíaca, y aunque inmediatamente se logró recuperar del fallo cardíaco, no ocurrió lo mismo con el funcionamiento del cerebro, lo que ha motivado, que el enfermo haya quedado en estado de vida puramente vegetativa, totalmente irreversible y estos supuestos, al menos, implican, la omisión menos grave de cuidado (no prestar atención), la posibilidad del resultado producido, y la infracción del deber de cuidado que exigía la actividad en la que se manipulaba la vida humana, requisitos para apreciar la imprudencia punible como hace la sentencia recurrida”³³.

²² Cass. Civ. 1re, 30 octobre 1995.

²³ Cour d'Appel de Bruxelles, (Belgique), 1er octobre 1987, R.G.A.R. 1990, No 11598.

²⁴ CNEsp. Civ. y Com. Sala IV, 24 de marzo de 1983

²⁵ Cass. civ. 1re, 29 octobre 1968. J.C.P. 1969, II, 15799.

²⁶ Cass. civ. 1re, 27 mai 1970. J.C.P. 1971, II, 16833.

²⁷ Cass. Crim. 22 juin 1972.

²⁸ Cour d'Appel de Paris, 27 octobre 1988.

²⁹ CNCiv., Sala K, (Argentina), 7 de septiembre de 1989.

³⁰ Cass. Civ. 1re, 13 mai 1959.

³¹ Cour Administrative d'Appel de Paris, 2 octobre 1988.

³² Trib. Sup. Español, 23 de junio de 1980.

³³ Trib. Sup. Español. 19 de febrero de 1982.

El retiro del anestesiólogo del quirófano ha dado lugar a diversas acciones judiciales, entre las cuales se destaca una sentencia del mismo Tribunal Supremo donde también se reprocha al cirujano por permitir la ausencia del anestesiólogo. Se expresó por el juzgador que dado que el cirujano “conoce y consiente que dicho facultativo se ausente del quirófano para atender otra operación realizada en planta diferente del centro hospitalario, sin haber conectado el aparato monitor del

control electrocardiográfico. El enfermo sufrió una falta de aireación (sic) que le produjo hipoxia, advirtiendo el operador tardíamente el estado crítico del paciente por el oscurecimiento de la sangre que fluía de la herida quirúrgica, por lo que el recurrente ordenó que se le llamara al anestesista (sic) que al acudir encontró al enfermo en estado de parada cardíaca, siendo inútiles los esfuerzos para reanimarle”³⁴. La conducta del director del hospital fue considerada igualmente inadecuada

por parte del Tribunal, agregándose que “la existencia de culpa en el recurrente se desprende de la conducta exigible al mismo en su doble condición de médico y director, que no debió permitir esa peligrosa y habitual práctica de abandono y ausencia del debido control y vigilancia en los facultativos de la anestesia”.

En la fase de reanimación ha indicado la jurisprudencia que la labor de vigilancia y prevención de eventos que lleven a paro cardiorespiratorio es muy im-



³⁴ Trib. Sup. Español. 4 de septiembre de 1971.

³⁵ París, 1er juillet 1971.

³⁶ Consejo de Estado, Sección 3a, 24 de octubre de 1990, Exp. 5902.

MP Gustavo de Greiff.

³⁷ C. de E. Sección 3a, 7 de octubre de 1991, Exp. 6367. MP Carlos Betancur Jaramillo.

portante debido a las complicaciones que se pueden presentar y que exigen la atención por personal calificado, señalándose en un caso juzgado que la “intervención inmediata, desde los primeros signos de problemas respiratorios, hubiese permitido asegurar la supervivencia del paciente”³⁵.

Frente al punto de la vigilancia en el postoperatorio inmediato se discute si la responsabilidad es del cirujano, del anesthesiólogo, del servicio o de las enfermeras y la misma institución, para lo cual habría que examinar cada caso concreto.

En conclusión la jurisprudencia internacional ha sido bastante extensa, tal como se aprecia en algunos de los casos que escogimos en los cuales se examinará el acto anestésico desde su comienzo hasta su finalización.

JURISPRUDENCIA Y SISTEMA COLOMBIANO

Dentro de las sentencias más importantes dictadas por los Tribunales de la Justicia Colombiana, nos referimos únicamente a casos decididos por el Consejo de Estado en el ámbito contencioso administrativo.

Una paciente a quien le fue colocada una anestesia raquídea presentó parálisis de los miembros inferiores y señaló el Consejo de Estado que la falla del servicio consistió en la omisión de evaluación del paciente previa a la anestesia indicándose que “a la lesionada no se le practicó el examen preanestésico, que por lo general consiste en información verbal simplemente, lo cual de por sí excluye que se tratara de un examen especializado de muy alto costo. La sala no puede menos que declarar que está probada la falla o

falta de servicio y que como consecuencia directa de ella se produjo el daño, esto es, la parálisis, hecho que se encuentra debidamente acreditado, ya que por lo demás subsiste y es de carácter permanente e irreversible”³⁶. En otro caso, un paciente que requería ser intervenido quirúrgicamente de urgencia, no pudo ser operado por la falta de equipos y la ausencia de anesthesiólogo en la institución hospitalaria³⁷, lo cual generó responsabilidad por falla del servicio médico oficial.

Se presentó otra demanda a raíz de una broncoaspiración por paso de jugos gástricos que ocasionara neumonitis bilateral con insuficiencia respiratoria y shock irreversible, encontrándose por el Consejo de Estado demostrada la falla del servicio médico pero sin imputar culpa alguna al anesthesiólogo³⁸ C. de E. Sección 3a, 26 de marzo de 1992, Exp. 6255. MP Julio Cesar Uribe Acosta. En nuestro medio podemos dividir los eventos en los cuales podría estar involucrado el anesthesiólogo, en mayores y menores. Dentro del primer grupo encontramos la muerte perioperatoria en un paciente ASA 1 o 2, el paro cardíaco intraoperatorio o en sala de recuperación, la lesión cerebral, el paso inesperado a la UCI, la paraplejia, la lesión de plejos nerviosos, la broncoaspiración, el shock anafiláctico y las reacciones idiosincráticas como la hipertermia maligna. En el segundo grupo estarían la lesión dental, las laceraciones o quemaduras superficiales, cefaleas pos-punción raquídea, la lumbalgia y trastornos emocionales. Los eventos culposos estarían representados en la omisión de consulta preanestésica, anestésicos simultáneos, falta de monitoreo, utilización de equipo de anestesia anómalo, omisión de información, decisión contraria a la voluntad del paciente, utilización de técnicas y medi-

caciones no convencionales o contraindicadas. Debemos tener en cuenta igualmente que la existencia de la ley 6 de 1991 que reglamenta la especialidad de la anesthesiología, generaría responsabilidad de tipo legal del médico no especialista que en un procedimiento electivo suministra una anestesia imprudentemente y ocasiona un daño en la salud del paciente. De otro lado las normas mínimas en anesthesiología puede considerarse como protocolos científicos o “lex artis” que constituirían deberes de diligencia y cuidado por parte del profesional, siendo igualmente importante la definición en cada institución de guías de manejo en las situaciones más relevantes de un acto anestésico.

CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta la complejidad del Derecho Médico, resulta importante abordar la responsabilidad civil por la prestación de servicios de salud en cada especialidad de la medicina.

Como hemos señalado, la autonomía y la labor de dicho profesional exige analizar su conducta y determinar su responsabilidad de manera independiente al cirujano y hacerlo en cada caso concreto en aras de establecer si se presentó algún evento culposo en el acto anestésico y si se ha causado un daño en la vida o salud de un paciente. Los estudios científicos, así como los diferentes aspectos doctrinarios y las sentencias dictadas tanto por los tribunales extranjeros como por las autoridades judiciales de nuestro país, son elementos esenciales dentro del análisis de este tema.

Esperamos haber realizado un aporte con el fin de ilustrar a los profesionales sobre el estado actual de las cosas en materia de responsabilidad civil en Anesthesiología y Reanimación³⁹. ■

³⁵ C. de E. Sección 3a, 26 de marzo de 1992, Exp. 6255. MP Julio Cesar Uribe Acosta.

³⁶ Expreso mis agradecimientos a los doctores ELKIND. CASTAÑO HERRERA y JAIME F. MARTINA MARTINEZ, medicos especialistas

tas en anesthesiología y reanimación por la ayuda en la corrección del presente trabajo.